

علم النفس المَرَضِى
Abnormal Psychology

استنادًا على الدليل التشخيصى الخامس

تأليـــف

Ann M. Kring　**Sheri L. Johnson**
John M. Neale　**Gerald C. Davison**

ترجمـــة

د. أمثال هادى الحويلة　د. فاطمة سلامة عياد
د. هنـــــاء شويــــخ
د. ملك جاسم الرشيد　د. نادية عبدالله الحمدان

علم النفس المرضي

Abnormal Psychology

تأليف

Sheri L. Johnson | **Ann M. Kring**

John M. Neale | **Gerald C. Davison**

الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية

الإصدار الخامس - الطبعة الثانية عشرة

ترجمة

د/ أمثال هادى الحويلة
رئيس مركز الأسرة
للاستشارات النفسية والاجتماعية
كليه العلوم الاجتماعية - جامعة الكويت

د/ فاطمة سلامة عياد
قسم علم النفس
كليه العلوم الاجتماعية
جامعة الكويت

د/ هنـاء شويخ
أستاذ مساعد علم النفس الإكلينيكي - كلية الآداب - جامعة جنوب الوادي

د/ ملك جاسم الرشيد
أستاذ مساعد في الخدمة
الاجتماعية الإكلينيكية
جامعة الكويت

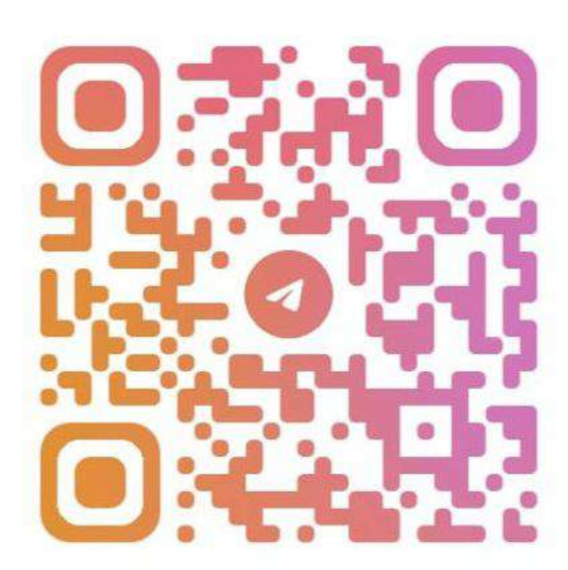
د/ نادية عبد الـلـه الحمدان
قسم علم النفس
كلية العلوم الاجتماعية - جامعة الكويت
استشارية نفسية بمركز الرازي
للاستشارات الاجتماعية والنفسية



بطاقة فهرسة

علم النفس المرضى = Abnormal psychology ط 2
تاليف Sheril. Johmsom واخرون
ترجمة د. امثال هادى الحويلة واخرون
17× 24 سم
© مكتبة الأنجلو المصرية 2016
1 - علم النفس المرضى
أ – Sheril، Johmsom (مؤلف مشارك)
ب – الحويلة ، امثال هادى (مترجم مشارك)
ج – شويخ ، هناء احمد (مترجم مشارك)
رقم الإيداع :2014/22862 تصنيف ديوى :157.1
ISBN : 978-977-05-2943-0
طبع فى جمهورية مصر العربية بمطبعة محمد عبد الكريم حسان
مكتبة الانجلو المصرية 165 شارع محمد فريد القاهرة – مصر
تليفون : 23914337 (202) ؛ فاكس : 23957643 (202)
E-mail : angloebs@anglo-egyptian.com
Website : www.anglo-egyptian.com





@KOTOKHATAB

المحتوى المختصر

المحتوي التفصيلي

الجزء الثاني: الاضطرابات النفسية

مقدمة المؤلفين

لقد مضى أكثر من 40 عاما منذ نشر الطبعة الأولى من هذا الكتاب. بدايةً يأتي دائمًا تركيز هـذا الكتـاب عـلى التـوازن والمـزج بـين البحـث والتطبيـق الإكلينـيكي السريـري ؛ وذلـك في استخدامه النماذج باعتبارها مبدأ تنظيمياً، وفي جهود إشراك القارئ في حـل مشـكلة الممارسـة من قبل الأطباء والعلماء. واستمرت هذه الصفات لتكـون حجـر الزاويـة في الطبعـات اللاحقـة من الكتاب، وكم شعرنا بالسرور والدهشة من الاستقبال الحافل الذي تلقاه هذا الكتاب، وربما الأهم من ذلك، تأثيره في حياة الكثير من طلاب الأمراض النفسية على مر السنين.

ومع تحديث الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية DSM-5 خـلال الطبعة الثانية عشرة من هذا الكتاب، فإننا نواصل التأكيد على تغطية الأبحاث الحديثة، والتي كانت شاملة للسمة المميزة للكتاب، بحيث نواصل توسيع الملامـح التربويـة بعـرض مزيـد مـن الحالات السريرية، والأرقام، والجداول الإضافية، وذلك لتأكيدنا على منهج متكامل نوضـح مـن خلاله وجهات النظر المتعددة والمتفاوتة في عرض أسباب الاضطرابات النفسية فضلا عن أفضل العلاجات الممكنة.

ويمثل الهدف مـن عـرض صـورة الغـلاف الجميلـة المـأخوذة بـالأقمار الصـناعية لصـحراء الرملية عددًا من المبادئ الأساسية الخاصة بكتابنا. حيـث تظهـر الصـورة ـ مـن خـلال تجميـع أجزاء مختلفة للصحراء عام 2000 ـ خلاصة دراسة علم النفس المرضي مـن خـلال تجميـع كـل شيء عنه: نماذجه المختلفة الوراثية، علم الأعصاب، الديناميكي النفسي، السلوكي المعـرفي التـي تتفاعل معًا لتوضيح وشرح المرض النفسي. وهو أيضًا كيفية صنع العلم. فالاكتشافات الجديدة تساعد في إعادة تشكيل التصور العلمـي. وينطبـق ذلـك عـلى إعـادة فهمنـا لأسـباب وعوامـل الوقاية وعلاجات المرض النفسي.

أهداف الكتاب :

مع كل طبعة جديدة، نقوم بتحديث وإجراء تغييرات وتبسيط الملامـح لـدعم كـل مـن الخصائص العلمية والتربوية لهذا الكتاب. ونحن أيضًا نكرس جهـدًا كـبيرًا لتوضـيح المفـاهيم المعقدة داخل الـنص لتبـدو أكـثر وضـوحًا، وحيويـة. ففـي السـنوات الــ 40 الماضـية، زادت مجالات علم النفس المرضي والتدخل بشكل كبير. ولـذلك كـان يجـب في كتـب علـم الـنفس المرضي الجيدة أن تهتم بعناية فائقة بالطلاب، حتى يتمكنوا من اكتساب فهم عميق وحاسم للمادة العلمية المطروحة. والأكثر من ذلك، أنه تم تجميع المادة العلميـة لهـذا الكتـاب مـن

مجالات مختلفة ومعقدة؛ مثل الجينات الجزئية، وعلم الأعصاب، والعلوم المعرفية، وتبسيطها وإضافة عدد من الملامح التربوية عليها لتحسين فهم هذه المادة الحيوية.

ونسعى من خلال هذا الكتاب إلى تقديم تاريخ النظريات والبحوث في الأمراض النفسية والتدخل، بالإضافة إلى عرض بعض الإثارة الفكرية الخاصة بالإجابات على بعض الأسئلة المحيرة التي تواجه معظم الجنس البشري. فقد وصف ذات مرة مقدم هذا الكتاب لإحدى الطبعات السابقة بأن قراءة هذا الكتاب أشبه بالقصة البوليسية، التي تبدأ بمشكلة ومن ثم حلها. والأكثر من ذلك، محاولة إشراك الطالب في البحث عن القرائن، والمتابعة، وتقييم الأدلة التي هي جزء لا يتجزأ من العلم. كما نشجع الطلاب على المشاركة معنا في عملية الاكتشاف والتدقيق في الأدلة الخاصة بأصول علم النفس المرضي وفعالية التدخلات.

وفي هذه الطبعة، نواصل التأكيد على الأساليب التي نتبعها لإبعاد الوصمة التي للأسف الشديد مازالت مرتبطة بالمرض النفسي. فعلم النفس المرضي هو التخصص الذي يؤثر علينا جميعا بطريقة أو بأخرى. وما يقرب من نصف واحد منا قد يواجه اضطرابا نفسيا في وقت ما أو آخر، ومعظمنا يعرف شخصاً كان يعاني أو مازال يعاني الاضطراب النفسي. وبالرغم من انتشار علم النفس المرضي، فالوصمة المرتبطة به يمكن أن تبعد البعض عن طلب العلاج، كذلك سعى المجالس التشريعية لدينا لتوفير تمويل كاف للعلاج والأبحاث، ووجود بعض المصطلحات العامية المقبولة الشعبية المجنون، العبيط . وهكذا، ومن ثم تمثل أهدافنا للكتاب في محاربة هذه الوصمة وتقديم عرض إيجابي ومتفائل بشأن الأسباب والعلاجات النفسية.

تنظيم الطبعة الثانية عشرة ـ تحديث الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية:

في الفصول من 1 إلى 4، نركز على الميدان في السياق التاريخي والحاضر لمفهوم النماذج في العلوم، ووصف النماذج الرئيسة في علم النفس المرضي، وعرض الطبعة الخامسة للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية، والمناقشة الحاسمة لصدقها وثباتها، وتوفير لمحة عامة عن المناهج والتقنيات الرئيسة في التقييم الإكلينيكي، ثم وصف طرق البحث الرئيسة في الميدان. وهذه الفصول هي الأساس الذي يمكن بناء فصول لاحقة عليها وتفسيرها وفهمها. كما في الطبعة الحادية عشرة، فالاضطرابات المحددة وعلاجها تناقش في الفصول من 5 إلى 15. وفي الفصل 16 نناقش المسائل القانونية والأخلاقية.

وخلال هذا الكتاب، ستتم مناقشة ثلاثة نماذج رئيسة: الوراثية، وعلم الأعصاب، والمعرفي السلوكي. كما نؤكد أيضًا على أهمية العوامل التي تشترك بين كل النماذج،

وهي: الانفعال، النوع، الثقافة، العرق، الحالة الاجتماعية الاقتصادية، العلاقات الشخصية. والموضوع الأكثر ارتباطًا الخاص باستخدام أكثر من نموذج في دراسة علم النفس المرضي. فمن خلال النموذج المعرفي السلوكي سنناقش من المعلومات المتاحة أن المشكلات المختلفة في علم النفس المرضي يتم تفسيرها وفقًا للأطر النظرية المختلفة. فعلى سبيل المثال، العوامل الوراثية تمثل ضرورة في اضطراب ثنائي القطب، واضطراب فرط الحركة/ نقص الانتباه، لكن الجينات تعمل تأثيرها خلال البيئة. وفي اضطرابات مثل الاكتئاب، تأتي العوامل المعرفية السلوكية ضرورية، لكن أيضًا للمستقبلات العصبية تأثير. وتشير النتائج إلى أن أغلب الاضطرابات النفسية تفسر في ضوء التفاعل بين النماذج الجينية وأحداث الحياة المشقة.

ونستمر في إدراج المادة المناسبة للثقافة والعرق لدراسة النماذج والتدخل. ففي الفصل الثاني، سنقدم جزءاً مستقلاً يؤكد أهمية الثقافة والعرق في كل النماذج. كما نشير إلى الدور المهم للثقافة والعرق في الفصول الأخرى. على سبيل المثال، في الفصل الثالث للتشخيص والتقييم، فإننا قمنا بمد مناقشاتنا السابقة للتحيز الثقافي في تقييم طرق القياس من خلال هذا الانتقائي في التصور. وأيضًا قمنا بتوسيع وتحديث المعلومات عن العرق فيما يتعلق بكيفية تأثير المشقة في الصحة في الفصل الثاني، ووفرنا اكتشافات جديدة عن الأسر والثقافة في الفصام الفصل 9 ، واضطرابات سوء استخدام المواد الفصل 10 .

ونحن نواصل التأكيد وتوسيع مناقشتنا حول علم الوراثة وعلم النفس المرضي في جميع أنحاء الكتاب. ومازلنا نؤكد ونكرر أنه من الأفضل أن نفهم علم النفس المرضي من خلال النظر في كيفية عمل الجينات عن طريق البيئة. فالأكثر من ذلك بدلاً من السؤال حول كون أيهما أكثر أهمية في اضطراب محدد، فإننا نؤكد أن كلا من هذه العوامل ضروري. حيث أكددت الاكتشافات الجديدة والمثيرة أن الطبيعة والتنشئة تعملان معًا، وليس بينهما أي تعارض، فبدون الجينات، قد لا يظهر سلوكاً ممكناً. كذلك بدون البيئة قد لا تعبر الجينات عن نفسها، ومن خلال مساهمتها في السلوك. وتتسم الجينات بالمرونة بشكل ملحوظ في الاستجابة لأنواع البيئات المختلفة. وهذا بدوره يجعل البشر أكثر مرونة في التكيف مع البيئات المختلفة.

الجديد فى هذه الطبعة :

يتميز تحديث الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية في الطبعة الثانية عشرة بالعديد من الإضافات المثيرة والتغييرات الجديدة. فمع مرور الوقت يتخرج الطلاب وينضمون إلى هذا المجال، ويستخدمون الدليل الخامس. ومن ثم يتمثل هدفنا في مساعدة إعدادهم وتجهيزهم لهذا. وبالتالي تم إضافة مواد جديدة وجوهرية عن

الدليل الخامس في كل الفصول. وأضفنا فصلين جديدين يعكسان تنظيم الدليل الخامس. كذلك أدرجنا الكثير من الجداول والأشكال في هذا الكتاب لتوضيح التشابهات والاختلافات بين الدليل الخامس والأعراض التشخيصية الأخرى.

بالإضافة إلى الاستمرار في التحديث والابتكار، لم نعد نهتم بتغطية النظريات التي لم تُعد تستخدم أو لا توجد أدلة أمبريقية مدعمة لها. كما جاءت التغيرات الرئيسة في بناء الفصل داخل الكتاب لجعل المادة أكثر فهمًا واتساقًا. أولاً: لقد بنيت فصول على تغطية الاضطرابات بشكل متسق ومنظم، وتقديم أقسام على الوصف السريري والمسببات، والعلاجات للاضطرابات المختلفة. كذلك قمنا بتبسيط أكثر في الكتابة في جميع الفصول لزيادة وضوح العرض، وتسليط الضوء على القضايا الرئيسة في هذا المجال. ثانيًا: وتمت إضافة طرق التدريس الفعالة لإعطاء تغذية راجعة من الطلاب والأساتذة. وأضيفت عدد من الصناديق الجديدة حول الحالات السريرية، والتركيز على اكتشاف صناديق داخل الكتاب من أجل توضيح الاضطرابات المختلفة كما تبدو في سياق حياة الأفراد الواقعية. وإدراج ملخصات سريعة إضافية في الفصل من أجل مزيد من تلخيص بعض من المواد المعقدة. بالإضافة إلى ذلك، قمنا بتعديل وإضافة أسئلة جديدة في كل فصل حتى يتحقق الطلاب من فحص فهمهم للمواد. كما تم طرح العديد من الصور الجديدة مع توفير أمثلة وتطبيقات في علم النفس المرضي. بالإضافة إلى ذلك، قمنا بإضافة العديد من الرسومات التوضيحية والجداول الجديدة والملونة لتفسير المواد الأكثر تعقيدًا. وفي نهاية الفصل نضع ملخصات متسقة عبر فصول، باستخدام تنسيق نقطي يلخص وصف الاضطرابات، وأسبابها، وعلاجاتها. بالإضافة إلى إدراج أكثر من 1000 مرجع جديد. وفي النهاية يشكر المؤلفون كل من ساعدهم وشجعهم على الاستمرار في إعداد هذا الكتاب بطباعته المتعددة.

المؤلفون

Anna M. Kring

Sheri L. Johnson

Gerald Davison

John Neale

مقدمة المترجمين

يتاح للأكاديمي المتخصص عادة متابعة حركة النشر العلمي في المجال والاطلاع على كثير من الإصدارات المتميزة، التي تغطي مجالات حديثة في علم النفس؛ منها مجال علم النفس المرضي، وهو أحد فروع علم النفس الأساسية المهتمة بالأعراض التشخيصية للاضطرابات النفسية، وأسبابها وعلاجها. ويمثل هذا الكتاب حصيلة جهد أكاديمي وعملي في مجال علم النفس المرضي، ولعل ما دفعنا للترجمة في هذا المجال هو احتياج المتخصصين في مجال الأمراض النفسية إلى وضع معايير تشخيصية لكل اضطراب نفسي على حدة، وكيفية التعامل معه. وهذا اتضح من اعتماد هذا الكتاب على الإصدار الخامس للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسيةDSM-5 the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders .

فقد أصبح من الملاحظ الآن - أكثر من أي وقت مضى - أن التوسع في تقديم الخدمة النفسية الإكلينيكية في مجتمعاتنا العربية لم يصاحبه نشاط مماثل في الإصدارات العلمية والمهنية التي تساند هذه الممارسة وتدعمها، وترسي أركانها. وبدأت الحاجة ضرورية وجوهرية لتوفير مصادر موثوقة تفتح آفاقًا جديدة أمام الدارسين والمتدربين للتعرف على الأساليب الحديثة في التشخيص والممارسة الإكلينيكية.

وينقسم الكتاب إلى جزءين رئيسين هما: الجزء الأول: المقدمة والموضوعات الأساسية، ويحتوى على أربعة فصول، وهي: الفصل الأول: مقدمة ونظرة تاريخية، والفصل الثاني: النماذج الراهنة في علم النفس المرضي، والفصل الثالث: التشخيص والتقييم، والفصل الرابع: مناهج البحث في علم النفس المرضي. أما الجزء الثاني: الاضطرابات النفسية، فيشتمل على اثنى عشر فصلا كالتالي: الفصل الخامس: اضطرابات المزاج، والفصل السادس: اضطرابات القلق، والفصل السابع: الوسواس القهري والصدمة والاضطرابات المرتبطة بهما، والفصل الثامن: الاضطرابات الانفصالية والاضطرابات جسدية الشكل، والفصل التاسع: الفصام، والفصل العاشر: اضطرابات تعاطي المواد، والفصل الحادي عشر: اضطرابات الأكل، والفصل الثاني عشر: الاضطرابات الجنسية، والفصل الثالث عشر: اضطرابات الطفولة، والفصل الرابع عشر: مرحلة الشيخوخة والاضطرابات العصبية المعرفية، والفصل الخامس عشر: اضطرابات الشخصية، والفصل السادس عشر: قضايا قانونية وأخلاقية.

كما تحتوي فصول الكتاب على سيناريوهات متعددة لوصف الحالات المرضية، موضحًا فيها أعراضها التشخيصية، وخطوات لكيفية علاجها. وبالتالي لتكون بمثابة

وصف نموذج تعليمي يستفيد منه المتدرب والممارس، ويخطط عمله مسترشدًا بـه، وبظـروف العميل النوعية، وبطبيعة وخصائص شدة الاضطراب الذي يتعامل معه.

تتمثل مهمة الأخصائي النفسي الإكلينيكي فى أن يقوم بنفسـه بتفصـيل برنامجـه العلاجـي مسترشدًا بهـذه التكنولوجيـا التشخيصـية، ومطبقًـا للحقـائق العلميـة بصـورة تتسـم بالمرونـة والمهارة والإبداع، وبهذا وحده يمكن تحقيق نتائج ملموسة، بل ودعم المجال من خلال أفكـاره الجديدة وأساليبه المبتكرة.

وقد شارك في ترجمة الكتاب إلى العربية نخبة مـن المتخصصـين كـل في إطـار اهتماماتـه، وتوجهه العلمي، فجاءت ترجمتنا رصينة ومحيطة بجوانب الموضوعات، لا يفلت منها تعبير أو مصطلح، أو يغيب عن الترجمة معني أو يختل سياق عـن دلالاتـه. والمترجمـون إذ يـأملون أن يستفيد بهذا الكتاب كل من يعمل في مجال الأمراض النفسية سواء كان اختصاصـيا نفسـيا، أو أخصائيا اجتماعيـا، أو الأطبـاء والممرضـات، أو حتـى المـرضى أنفسـهم، وتتمنـى أن يفيـد هـذا الكتاب كلا من الباحث العربي والمكتبة العربية.

ولا يبقى إلا أن أتقدم بخالص الشكر والتقـدير لمكتبـة الأنجلـو المصريـة لتصـديها لطبـع ونشر هذا الكتاب باللغة العربية، وجهودهـا في الحصـول عـلى الترخـيص مـن النـاشر الأجنبـي أيضاً.

كما أن المترجمين في شوق لتلقـي ملاحظـات أسـاتذتهم وزملائهـم وتلاميـذهم عـلى هـذا الكتاب، من أجل تنقيح وتطوير الترجمة لمواصلة السير على درب دعم الاستفادة مـن تخصـص علم النفس المرضي في جميع المجالات الطبية والنفسية.

ويرجو المترجمون في النهاية أن يحقق هذا الإصدار ما نصبو إليه من فائدة لا نملك إزاءها إلا الأمل في أن يحظى برضاء القارئ المتخصص وثقتـه في أنـه مـازال للعطـاء الجـاد موضـع في مجتمعنا العلمي. والأمر الذي لا شك فيه هو أن المنفعة من هـذا الكتـاب في طبعتـه العربيـة هذه ستعوض القدر من الجهد والوقت، اللذين أنفقا في ترجمته.

المترجمون

د / أمثال هادي الحويلة

د / فاطمة سلامة عيـاد

د / هنـاء أحمـد شويخ

د / ملك جاسـم الرشيـد

د / نادية عبدالـلـه الحمدان

الجزء الأول

المقدمة والموضوعات الأساسية

1

الفصل الأول

مقدمة ونظرة تاريخية

الفصل الأول

مقدمة ونظرة تاريخية

ترجمة

د/ ملك جاسم الرشيد

الأهداف التعليمية .. أن تكون قادرًا على:

1- توضيح معنى الوصمة كما تلصق بالأفراد المصابين بالاضطرابات العقلية.

2- وصف ومقارنة التعريفات المختلفة للاضطرابات العقلية.

3- تفسير كيف تغيرت أسباب الاضطرابات العقلية وطرق علاجها على مدار التاريخ.

4- وصف القوى التاريخية التي ساعدت في تشكيل رؤيتنا الراهنة عن المرض العقلي؛ مشتملة على وجهة النظر البيولوجية، والتحليل النفسي، والسلوكية، والمعرفية.

5- عرض المهن المختلفة المتعلقة بالصحة العقلية، بما في ذلك التدريب والخبرة اللازمان للتقدم لها.

حالة إكلينيكية: "جاك" Jack

"جاك" مهدد التجمعات العائلية، حيث إن منزل أبويه كان ممتلئا بإخوته، وأسرهم، وكل أطفالهم الصغار يلعبون حولهم مُتسببين في إحداث الكثير من الضوضاء. وقد ألح عليه أبواه أن يكون "اجتماعيًا" وأن يقضي وقته مع الأسرة، إلا أن "جاك" يفضل دائمًا البقاء وحيدًا. وقد نما إلى علمه أن الأطفال أطلقوا عليه لقب "العم جاك المجنون". وفي الحقيقة إنه قد سمع أخاه الأصغر كيفن Kevin يناديه بـ"جاك المجنون" عندما زاره في أحد الأيام من أجل رؤية والدتهما. مما جعل والدة "جاك" تقوم بتوبيخه بشدة، ذاكرة أن "جاك" يواظب جيدًا على تناول دوائه الجديد، وقد قالت أمه "إن الفصام يعتبر مرضًا".

وبالرغم من أن "جاك" لم يحجز منذ سنيتين ماضيين بأي أعراض حادة للفصام، إلا أنه مازال يسمع الأصوات، ولكنه تعلم ألا يتحدث عنها أمام والدته لأنها سوف تثور عليه لتناول الدواء، أو أنها سوف توجه إليه كافة الأسئلة حول ما إذا كان يرغب في العودة إلى المستشفى مرة أخرى. فهي يتمنى دائمًا الرحيل من منزل والديه، والذهاب إلى شقته الخاصة. وقد قام آخر صاحب عقار أراد "جاك" أن يستأجر فيه شقة برفض طلبه بمجرد أن عرف أنه يعاني مرضاً عقلياً، وحاول والداه المشاركة في توقيع عقد الإيجار، وهما يقولان إن "جاك" أصبح أكثر تحسنًا في التعامل مع مرضه العقلي، وحينما سأل صاحب العقار عن طبيعة المرض، ذكر الوالدان كلمة "فصام"، ومن ثم ظهر بوضوح الضيق

وعدم الارتياح على الرجل، واتصل في وقت متأخر من الليل معلنًا أن الشقة قد تم تأجيرها بالفعل، وعندما ألح والدا "جاك" عليه، اعترف الرجل بأنه "لا يريد أية مشاكل"، لأنه قلق من أن الأفراد الذين مثل حالة "جاك" يتسمون بالعنف.

حالة إكلينيكية: "فيليسيا" Felicia

لا تحب "فيليسيا" تذكر أعوامها الأولى في المدرسة، فالمدرسة الابتدائية لم تمثل لها أوقاتا مرحة، فهي لم تكن تستطيع الجلوس في هدوء، أو اتباع التعليمات بشكل جيد، وغالبًا ما كانت تنطلق منها الإجابات بدون تفكير، في الوقت الذي لا يكون قد حان دورها في الحديث، ولم يبد عليها أبدا أنها قادرة على إنهاء أبحاثها المدرسية أو الاختبارات بدون الوقوع في العديد من الأخطاء، وذلك شيء يحدث مع أشخاص كثيرين، وهو ليس بالأمر السيئ للغاية، إلا أن الفتيات الأخريات كن يضحكن عليها، ويطلقن عليها الألقاب، وهي لا تنسى تلك المرة التي حاولت فيها الانضمام إلى مجموعة من الفتيات في طريق العودة، فتهربن منها وأخذت كل منهن تهمس في أذن الأخرى وتنفجر منهن الضحكات، وعندما سألت عما يدعو إلى كل هذا الضحك والقهقهة، تضحك إحدى الفتيات وتقول لها: أنت فتاة شديدة الفرط!!! تتحركين كثيرًا في الفصل، وتتململين كثيرًا، لابد أن هناك نملا في سروالك!!

وعندما دخلت "فيليسيا" المرحلة الرابعة من الدراسة، أخذها والداها إلى أحد الأطباء النفسيين، وقد طبق عليها عددًا من الاختبارات، وأجابت على جميع الأسئلة، وفي نهاية جلسات الاختبار قرر الطبيب أن فليسيا تعاني اضطراب قلة الانتباه/ والنشاط المفرط Attention-Deficit/ Hyper Activity Disorder ADHA . ومن تلك اللحظة تم عرض "فيليسيا" على طبيبة نفسية أخرى، وقد استمتعت "فيليسيا" كثيرًا برؤية الطبيبة النفسية، وذلك لأنها ساعدتها على التعامل مع مضايقات الأطفال الآخرين، وكيف تكون أكثر انتباهًا وتركيزًا، كما كان الدواء مفيدًا أيضًا - ومن ثم أصبحت قادرة على التركيز بشكل أفضل، ولم تعد تطلق الإجابات بدون تروي بعد ذلك.

والآن وهي في المدرسة الثانوية، تشعر "فيليسيا" بسعادة أكبر، وقد أصبح لها مجموعة جميلة من الأصدقاء المقربين، وارتفعت درجاتها عن مستواها المعهود، وبالرغم من ذلك فما زالت تواجهها بعض الصعوبات في التركيز أحيانًا، وقد تعلمت بعض الطرق التي تساعد على التعامل مع حالة تشتت الانتباه التي تصيبها، وهي تتطلع إلى الالتحاق بالكلية على أمل دخول المدرسة العليا في الولاية. وقد شجعها المشرف معتقدًا أن درجاتها وأنشطتها غير المرتبطة بالمنهج الدراسي سوف تجعلها تلتحق بكلية مرموقة.

نحن جميعا نسعى نحو فهم الآخرين، فعملية تحديد الأسباب التي تدفع شخصًا للقيام أو للشعور بشيء ما هي مهمة صعبة، وفي الحقيقة، نحن لا نفهم مشاعرنا وسلوكنا في

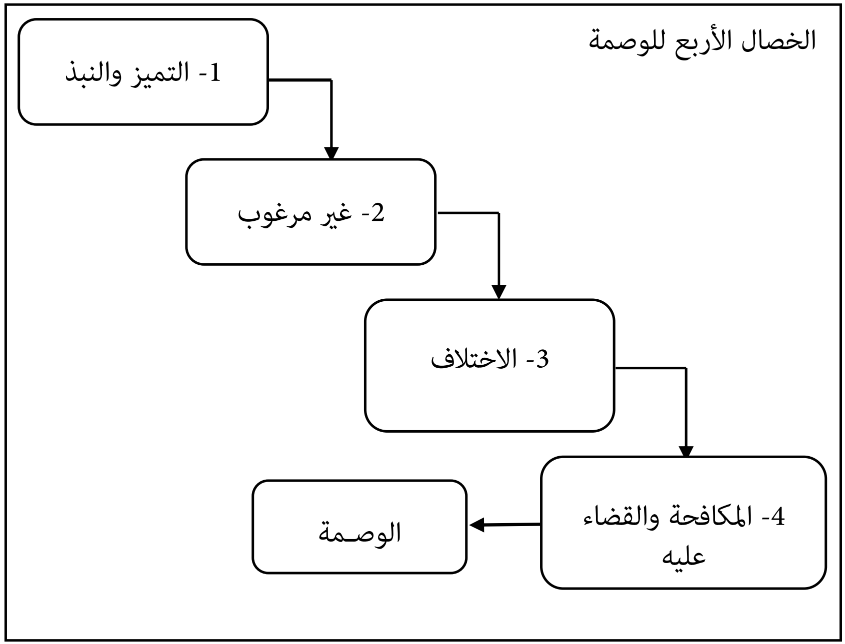
كل الأوقات، لذلك فإن عملية كشف الأسباب التي تدفع الأفراد إلى الـتصرف بأسـاليب وطـرق طبيعية ومتوقعة هي عملية صعبة بما فيه الكفاية، فما بالك بفهم السلوك الـبشري المضـطرب أو غير الطبيعي، مثل سلوك "جاك" أو "فيليسيا"، إن الصعوبة قد تزداد أضعافًا في هذه الحالة.

وفي هذا الكتـاب، سـنقوم بدراسـة عـدد مـن الاضـطرابات العقليـة، ووصـفها، وأسـبابها، وعلاجها، كما نتعرف أيضًا على التحديات الهائلة التـي يواجههـا المتخصصـون في هـذا المجـال، على سبيل المثال، يتعين علينا في الغالب عـدم الانسـياق وراء البيانـات والمعلومـات المتعارضـة والنتائج غير النهائية أو غير الحاسمة، ومن ثم يكون علينا أن نتحمل العمل بهـذه المـادة غـير المؤكدة، كما سنتعرض لدراسة علـم الـنفس المـرضي Psychopathology، وهـو المجـال الـذي يختص بطبيعة ونشأة، وعلاج الاضطرابات العقلية، مـع الوضـع في الاعتبـار أن "العينـة" تقـدم إجابات صعبة ومقتضبة وسريعة. وعلى الرغم من ذلك - وكما قلنا سابقًا - فـإن هـذه النتـائج غير المؤكدة لا تقلل من أهمية المجال وفائدته.

وهناك تحد آخر سنواجهه في دراسة علم النفس المرضي، وهـو تحـري الموضـوعية، حيـث إن المادة العلمية لنا، وهي السلوك الإنساني، تعتبر أمرًا شخصيًا، وقابلا بقوة للتأثر والتغير. مما يجعل من تحري الموضوعية شيئًا عسيرًا. لأن انتشار السلوك غير الطبيعي وآثاره غير المحمـودة والمزعجة تتغلغل في حياتنا وتنتشر في كـل أمورنـا، فمـن منـا لم يتعـرض لأفكـار غـير منطقيـة، وأوهام، ومشاعر لا مبرر لها؟ ولعل معظمنا قد تعرف على شخص ما، صديق أو قريب، يتميـز سلوكه بأنه مزعج ويستحيل تفسيره، ونحن نعلم مدى الرعب والإحباط الـذي يمكـن أن ينشـأ نتيجة محاولة تقديم المساعدة لشخص يعاني صعوبات ومشاكل نفسية، ولعلك تلحظ أن هذا الطابع الشخصي لمادة الكتاب يتطلب منا أن نكون على وعي، وعاقدين العزم على التحلي قدر الإمكان بالموضوعية.

أما الوجه الآخر لهذه العملية، فهو أن اقترابنا من مادة الكتاب يضـيف إليـه سـحرًا داخليًا، حيث إن المقررات التعليمية الجامعية والتي تختص بدراسة علم النفس المـرضي، تعتبر الأكثر شعبية في مناهج التعليم في الكلية بأكملها. وليس فقط في قسم علم النفس. ويدفعنا الإحساس بعدم كفاية مادة الكتاب إلى دراسة علم النفس المـرضي، ولكنـه أيضـا به عيب من نوع مختلف: حيث إننـا نفـرض عـلى دراسـتنا أفكارنـا المسـبقة عـن مـادة الكتاب. وقد ابتكر كل منا طرقًا معينـة في التفكـير والحـديث عـن الاضـطراب العقـلي، كلمات ومفاهيم معينة، تبدو مناسبة نوعا ما، فعندما تقوم بقراءة هذا الكتاب، وتحاول أن تفهم الاضطرابات العقلية التي يناقشها، فربمـا نطالبـك باتبـاع أسـاليب جديـدة مـن التفكير والحديث، تختلف عن تلك الأساليب التي تعودت عليها، وفي الواقع، قد تختلف هذه الأسـاليب عـن الأسـاليب التـي نسـتخدمها نحـن أنفسـنا عنـدما لا نرتـدي قبعاتنـا

المهنية أي عندما نكون خارج نطاق المهنة. وربما يكون أكثر الأمور تحديًا، أنه لا يجب علينا فقط أن ندرك أفكارنا المسبقة عن الاضطراب العقلي والشذوذ، ولكن يجب علينا أيضًا أن نواجه الوصمة Stigma التي غالبًا ما نلصقها بهذه الحالات، وأن نعمل على تغييرها ومحوها، فالوصمة تدل على السلوكيات والمعتقدات الفاسدة التي يمارسها المجتمع، والتي تكون منسوبة إلى مجموعة تعتبر المريض عقليًا شخصًا مضطربا ومنحرفًا نوعًا ما، وبشكل أكثر تحديدًا تتميز الوصمة بأربع صفات انظر الشكل 1-1 ، هي:



شكل 1-1 الخصال الأربع للوصمة

1- الوصمة - النبذ: هي عبارة عن كلمة تنطبق على مجموعة من الأفراد نميزهم ونبذهم عن الآخرين بلقب مجنون مثلاً.
2- الوصمة غير مرغوب: ترتبط الكلمة بسلوكيات وصفات مضطربة وغير مرغوبة بالنسبة للمجتمع على سبيل المثال: الأفراد الذين يصابون بالجنون يشكلون خطرًا أو يتسمون بالخطورة .

3- الوصمة الاختلاف: يُنظر إلى الأفراد الذين تنطبق عليهم الكلمة بأنهم مختلفون عن أولئك الذين لا تنطبق عليهم، مما يسهم في تشكيل العقلية التي تفكر بطريقة "نحن" في مواجهة "هم" على سبيل المثال: نحن لسنا مثل هؤلاء الناس المجانين .

4- الوصمة المكافحة والقضاء عليهم: يتم مكافحة الأفراد الذين تنطبق عليهم الكلمة بشكل غير عادل فمثلاً لا يمكن إقامة مكان أو عيادة لعلاج الأفراد المجانين بجوارنا، فيجب القضاء عليهم أو عزلهم بعيدًا .

وتوضح حالة "جاك" كيف أن الوصمة يمكن أن تؤدي إلى التميز والنبذ. فقد رفض صاحب العقار تأجير إحدى الشقق ل"جاك" بسبب المرض العقلي، لاعتقاده بأن ما يعانيه "جاك" من مرض عقلي يجعله شخصا عنيفا. ويبنى هذا الاعتقاد على الروايات الخيالية وليس على الواقع الفعلي في كل الأحوال، فالشخص المصاب بالمرض العقلي ليس من الضروري أن يكون أكثر ميلاً إلى العنف مقارنة بالشخص الذي لا يعاني المرض العقلي Steadman et al., 1998; Swanson et al., 1990 .

وكما سنرى لاحقًا، فإن علاج الأفراد المصابين بالمرض العقلي عبر التاريخ كان سيئًا بدرجة كبيرة. مما أسهم في النظرة إلى هؤلاء الأفراد بالوصمة، لدرجة أن المجتمع يتجنبهم ويتعامل معهم بوحشة. ويصف طرق علاجهم للجمهور العادي بأنها "علاجات إعجازية"، وحتى الآن يتم تداول كلمات مثل "مجنون Crazy"، "مخبول Insane" أو "معوق Retard"، أو "فصامي Schizo"، وغيرها من المسميات السلبية دون أدنى تفكير في الأفراد الذين يعانون بالفعل الأمراض العقلية، والذين يتعاملون مع هذه الإهانات والسلوكيات والمشاعر المزعجة بأنها أصبحت جزءا من وقائع حياتهم اليومية. وتوضح كل من حالة "جاك" و"فيليسيا"، مدى الضرر والأذى الذي قد يسببه استخدام هذه الألقاب غير الأخلاقية ولا المسئولة.

وفي سبعينيات القرن الماضي تم عمل محاولات لتخفيف تكدس المرضي في المستشفيات العقلية بشكل يبعث على الأسى والحزن، وذلك من خلال إطلاق سراح العديد منهم، غير أن ذلك قد تم بدون وضع برامج تأهيلية علاجية لما بعد الخروج من المستشفى. مما ترتب عليه إصابة أكثر من ثلث المتشردين في الولايات المتحدة بأشكال متعددة للمرض العقلي. ومن المؤسف، أن المرض العقلي من أسوأ وصمة في القرن الحادي والعشرين، بالرغم من التقدم الذي طرأ على المعارف والمعلومات العامة بشأن أسباب الاضطرابات العقلية Hinshaw, 2007 . وفي عام 1999، كتب "دافيد ساتشر" David Satcher - وهو جراح عام في الولايات المتحدة - في تقريره الرائد حول المرض العقلي "أن الوصمة تعتبر أكبر عقبة تحول دون تحقيق تقدم فى مجال المرض العقلي والصحة العقلية في المستقبل" U.S. Department of Health and Human Services, 1999.

ونتمنى أن نحارب هذه الوصمة طوال صفحات هذا الكتاب، وذلك من خلال توضيح الشواهد والأدلة حول طبيعة الاضطرابات العقلية وأسبابها وعلاجها، مستبعدين الأساطير والأفكار الخاطئة الأخرى من طريق بحثنا. وجزء من هذا المجهود سيتجه نحو ذكر خصال الأفراد الفعليين المصابين بهذه الاضطرابات في الفصول التالية. بالإضافة إلى طرق مواجهته كما سيظهر في التركيز على اكتشاف 1-1 .

ولكن يجب عليك المساعدة في هذه المعركة، لأن مجرد اكتساب المعرفة لا يضمن نهاية القضاء على هذه الوصمة Penn, Chamberlin & Mueser, 2003 . فكما سنري في الفصل الثاني، أنه قد تم التوصل إلى الكثير من الأسباب العصبية البيولوجية للأمراض النفسية في أواخر العشرين سنة الماضية، مثل المستقبلات العصبية والجينات. حيث يأمل الباحثون في مجال الصحة النفسية أن زيادة فهم الأفراد للأسباب العصبية البيولوجية للاضطرابات النفسية يصاحبها انخفاض الوصمة لهذه الاضطرابات. وبالرغم من ذلك، أوضحت نتائج الدراسات الحديثة أن هذا ليس صحيحاً Pescosolido et al., 2010 . فمعرفة الأفراد زادت لكن للأسف لم تنخفض الوصمة. ومن خلال إحدى الدراسات المسحية لاتجاهات ومعرفة الأفراد عن الاضطرابات العقلية في فترتين زمنيتين: في عام 1996 وعام 2006. وبالمقارنة بينها تبين أن الأفراد في سنة 2006 زاد اعتقادهم بأسباب الاضطرابات النفسية مثل الفصام، والاكتئاب، وإدمان الكحول، ولكن الوصمة تجاه هذه الاضطرابات لم تنخفض.

أما في هذا الفصل، فإننا نناقش في البداية ماذا نقصد بمصطلح الاضطراب العقلي mental disorder. ثم بعد ذلك ندرس بإيجاز كيف تحولت نظرتنا للمرض العقلي عبر التاريخ إلى مفاهيم أكثر عملية في الوقت الراهن. وسوف نختم بدراسة للمهن الراهنة المرتبطة بالصحة النفسية.

تركيز الاكتشاف 1-1

محاربة الوصمة: المنهج الاستراتيجي

نشر الأخصائي النفسي "هنشاو" Hinshaw في عام 2007 كتابا بعنوان "علامة العار: وصمة المرض العقلي وخطة للتغيير" The Mark of Shame: The Stigma of Mental Illness and an Agenda for Change". وفي هذا الكتاب المهم، حدد "هنشاو" العديد من الخطوات التي يمكن اتخاذها لإنهاء الوصمة المرتبطة بالمرض العقلي. وهنا نناقش بإيجاز بعض هذه الاقتراحات الأساسية لمكافحة الوصمة في العديد من المجالات، بما في ذلك القانون، والسياسة، والمجتمع، والمهن الصحية العقلية، وسلوكيات واتجاهات الفرد والأسرة.

السياسات والاستراتيجيات التشريعية Policy and Legislative Strategies

مساواة التغطية التأمينية في عام 1996 طالب اتحاد الصحة النفسية الفيدرالية بأن يغطى التأمين الأمراض العقلية ليكون متكافئًا مع تغطيتها للأمراض الأخرى كأول خطوة رئيسة. وبالرغم من أن القانون لديه عدد من المشكلات على سبيل المثال: عدم إدراج الإدمان، بالإضافة إلى وجود شكاوي من قصور التغطية . ففي مارس 2008، وافق مجلس النواب الأمريكي على توسيع مشروع قانون المساواة، ليتساوى منظمة بول ولستون للصحة النفسية والإدمان. والتي أصبحت متكافئة بشكل حقيقي مع التأمينات للأمراض الأخرى. ومع هذا القانون، لم تستطع شركات التأمين دفع أو خصم التكاليف المرتفعة للأمراض العقلية مقارنة بالأنواع الأخرى للأمراض. لكن لجان مجلس النواب ومجلس الشيوخ اقترحت مشروع القانون في أكتوبر 2008، واتخذت الخطوات التنفيذية للقانون في بداية 2010.

قوانين التمييز: بعض الولايات لديها قواعد تحظر ذوي المرض العقلي من التصويت، والزواج، والعمل في هيئات المحلفين، أو بعقد في المكتب العام. في التحليل الأخير للتقارير المقدمة للنظر في المجالس التشريعية في الولايات في عام 2002، كان هناك عدد متساو من تقارير الحريات، كما كانت هناك منح الحريات للأشخاص الذين يعانون مرضا عقليا.

وبالمثل، كانت هناك أعداد متساوية تقريبا من مشاريع القوانين الجديدة التي من شأنها أن تزيد التمييز ضد الأشخاص المصابين بمرض عقلي، كما أن هناك مشاريع قانونية أيضًا من شأنها أن تقلل التمييز Corrigan et al., 2005 . فالتحدث مع مشرعي القانون في الولاية حول أهمية عدم وجود قوانين تمييزية نستطيع القيام به للمساعدة في معركة محاربة الوصمة في هذه المنطقة.

العمالة: ترتفع معدلات البطالة بين الأفراد الذين يعانون أمراضا عقلية بشكل كبير، بالرغم من أحكام القانون الأمريكي لذوي الإعاقات ADA جعلته غير القانوني ترك فرد ما مصابا بمرض عقلي بدون الحصول أو الحفاظ على وظيفة. المفارقة القاسية هنا هي أن عددا صغيرا فقط من المطالبات بأحكام القانون الأمريكي لذوي الإعاقات للتعامل مع التمييز في العمل لأفراد ممن يعانون المرض العقلي ومرجع ذلك لأن الأفراد الذين يعانون المرض العقلي يخافون من التقدم للأمام خوفًا من وصمة المحيطين بهم ، بالرغم من أن هذه المطالبات من بين أسهل الطرق للإصلاح، والأقل من حيث التكلفة على سبيل المثال، على النقيض تمامًا من تكلفة السماح لأخذ إجازة للعلاج . والأكثر من ذلك أن تدريب المهارات الوظيفية، مثل توفير مزيد من المواد التعليمية لهؤلاء الذين ربما تقلصت فرصة تعليمهم بسبب مرضهم العقلي، سيساعد في توفير فرص العمل. وبالمثل، التدريب

على المهارات الاجتماعية ذات الصلة بمكان العمل وغيرها من البرامج البنائية لتحسين النجاح في بيئة العمل يكون هدفا ضروريًا.

التجريم: فالأفراد الذين يعانون المرض العقلي، وخاصة اضطرابات سوء الاستخدام للمواد substance use disorders، غالبًا ما ينتهي بهم المطاف في السجن بدلًا من المستشفى. فالسجون الحضرية الكبيرة، مثل سجن مقاطعة لوس انجلس، وجزيرة ريكر في نيويورك، ومقاطعة سجن كوك في شيكاغو، تؤوي الآن الكثير من الأفراد ممن يعانون المرض العقلي خاصة في الولايات المتحدة. والعديد من المشكلات المرتبطة بسوء استخدام المواد يتم اكتشافها داخل إطار نظام العدالة الجنائية، وهؤلاء الأفراد في حاجة إلى مزيد من العلاج المكثف لمعالجة المشكلات الكامنة والخاصة بتعاطي المخدرات. ولكن للأسف يتم توفير العلاج الضئيل في السجن، لأنه ليس المكان الأمثل للأفراد ممن يعانون المرض العقلي. لذا اعتمدت العديد من الدول قوانين العلاج في العيادات الخارجية للمرضى العقليين الخارجين عن القانون بدلا من عقوبة السجن.

استراتيجيات المجتمع Community Strategies

خيارات الإسكان: تزداد معدلات تشرد المرضى العقليين بشكل مرتفع، والحاجة إلى مزيد من برامج توفير إقامة مجتمعية أو مساكن جماعية. ومع ذلك، فالعديد من الأحياء يترددون في تبني فكرة أن يعيش المرضي العقليون بالقرب منهم. فالضغط التشريعي وقادة المجتمع عن أهمية توفير سكن ملائم هو خطوة حرجة ومهمة للحد من الوصمة.

الاتصال الشخصي: فمع زيادة فرص الإسكان للأفراد من ذوي المرض العقلي المحتمل يزداد احتمالات أن هؤلاء الأفراد قد يتسوقون ويتناولون العشاء في المؤسسات المحلية جنبا إلى جنب مع الأصحاء. وتشير البحوث إلى أن هذا النوع من الاتصال، حيث إن هذا الوضع المتكافئ نسبيًا قد يقلل من الوصمة. فالمؤسسات غير الرسمية، مثل الحدائق المحلية والكنائس، يمكن أن تساعد أيضا على سد فجوة الاتصال الشخصي بين الأصحاء والمرضى العقليين.

التعليم: تثقيف الأفراد عن المرض النفسي أحد أهداف هذا الكتاب ، وهو يمثل خطوة مهمة نحو الحد من الوصمة. فالتعليم وحده لن يقضى على الوصمة تماما، ولكن بالتعلم ما هو المرض العقلي، فالأفراد قد يكونون أقل ترددا في التفاعل مع من لديهم اضطرابات مختلفة. فاللأسف الشديد، يعرف العديد منكم أفرادًا لديهم اضطرابات عقلية، وبالرغم من ذلك لا يحاولون الكشف عن تاريخ المرض العقلي بسبب الوصمة. فالتعليم قد يساعد في تخفيف تردد الأفراد للحديث عن أمراضهم.

استراتيجيات الصحة النفسية والصحة المهنية

Mental Health and Health Profession Strategies

تقييمات الصحة العقلية: يرى العديد من الأطفال أن أطباءهم من أجل جعلهم أطفالاً جيدين في الامتحانات. والهدف من هذا هو منع المرض قبل حدوثه. وهذا ما جعل "هينشاو" 2007 لديه حجة قوية لإدراج تكافؤ الجهود الوقائية للأمراض النفسية بين الأطفال والمراهقين، على سبيل المثال، اشتمال تقييم مقياس التصنيف من الآباء والمعلمين لأجل المساعدة في تحديد المشكلات قبل تفاقمها.

التعليم والتدريب: ينبغي أن يتلقى المهنيون في الصحة النفسية التعليم والتدريب على قضايا الوصمة. وهذا النوع من التدريب سيساعد بلا شك المهنيين على التعرف على العلامات الخبيثة للوصمة، حتى داخل المهنة التي وجهت أساسًا للمرضي العقليين. بالإضافة إلى ذلك، فإن العاملين في مجال الصحة العقلية بحاجة إلى معرفة التوصيفات، والأسباب، والعلاج للأمراض العقلية. وهذا يؤدي بالتأكيد إلى تحسين التفاعل مع المرضى.

الاستراتيجيات الفردية والأسرية Individual and Family Strategies

تعليم الأفراد والأسر: قد يكون أمرًا مخيفًا ومرتبكًا للأسر أن تعلم أن أحد أفراد أسرته قد تم تشخيصه ضمن فئة المرض العقلي، وهذا قد يكون صحيحا بشكل خاص للأمراض العقلية. ولكن تلقي المعلومات الراهنة حول الأسباب والعلاجات النفسية للمرض هو أمر بالغ الأهمية لأنه سوف يساعد الأسر على تخفيف اللوم والصور النمطية حول المرض العقلي. فتثقيف الناس عن المرض العقلي هو في غاية الأهمية أيضا. ويُطلق عليه أحيانا التثقيف النفسي Psycho education، هذا النوع من المعلومات يتضمن العديد من العلاجات سواء كانت دوائية أو نفسية.

المجموعات المدعمة والمؤيدة Support and Advocacy Groups

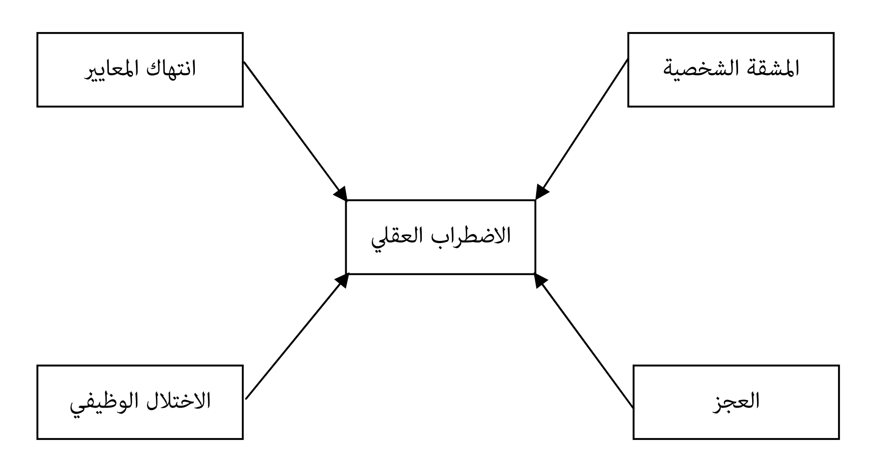
المشاركة في المجموعات المدعمة أو المؤيدة تساعد فى علاج ذوي الاضطرابات العقلية وأسرهم. المواقع الأخيرة، مثل العقل الحر الدولي http://www.mindfreedom.org، قد تم تصميمه لتوفير منتدى لدعم الأفراد ممن يعانون الاضطرابات العقلية. وكذلك لتشجيعهم على عدم إخفاء المرض العقلي، ولكن بدلا من ذلك نعتبرها نقطة من الفخر. فالكثير ممن يعانون المرض العقلي يصنعون لأنفسهم صفحة لمناقشة مرضهم ومساعدتهم في إزالة الغموض وبالتالي تختفي الوصمة.

تعريف الاضطراب العقلي :

يواجه المتخصصون في مجال علم النفس المرضي مهمة صعبة ولكنها ضرورية وهي تعريف الاضطراب العقلي، ويُعد أفضل التعريف له هو الذي يحتوي على خصائص متعددة. والذي طرحه الدليل التشخيصي الأمريكي الخامس في مايو 2013، والمعروف "الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية - الطبعة الخامسة" the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-5 ، وهو يشتمل على عدد من الخصائص أو السمات الأساسية لمفهوم الاضطراب العقلي Stein et al., 2010 ، وهي:

- الاضطراب يحدث داخل الفرد.
- يشمل الاضطراب صعوبات إكلينيكية ملحوظة في التفكير، والمشاعر، والسلوك.
- يحتوي كذلك على اختلالات في العمليات التي تدعم الوظيفة العقلية.
- لا تمثل استجابة ثقافية مقبولة لحدث ما مثال على ذلك، وفاة شخص عزيز .
- ليس بالضرورة ناتج أولي عن الانحراف الاجتماعي أو الصراع مع المجتمع.

وفي الأجزاء التالية، سنقوم بشكل تفصيلي بعرض الخصائص الأساسية التي سُلط الضوء عليها من قِبل تعريف الاضطراب العقلي مشتملاً على المشقة، والعجز، وانتهاك المعايير الاجتماعية، والخلل الوظيفي. سنعرض فيما بعد كل خاصية بشكل منفرد، بالرغم من كون كل خاصية تمثل جزءا من التعريف الكامل. وبالتالي فإن الاضطراب العقلي يتم تحديده عادة عند وجود خصائص متعددة في آن واحد، كما يوضحها شكل رقم 1-2 .



شكل 1-2 الخصائص الأربع لفهم تعريف الاضطراب العقلي

حالة إكلينيكية: جوزي Jose

لم يدر "جوزي" ما الذي يجب أن يفعله مع الكوابيس التي تؤرقه في نومه، فمنذ عودته من الحرب لم يستطع انتزاع وطرح الصور الدموية خارج رأسه. حيث يستيقظ كل ليلة تقريبًا متأثرًا بالكوابيس الخاصة بالمجازر التي شاهدها عندما كان جنديًا يخدم في الفالوجة Falluja، وحتى أثناء النهار يسترجع اللحظة التي انشطرت فيها مركبته إلى نصفين بفعل قنبلة صاروخية تم إطلاقها. وكان أسوأ مشهد، هو المشهد الذي رأى فيه صديقه وهو يموت بجواره، حتى الألم الذي تسبب فيه إصابته بشظايا القنابل لازال محفورًا في كتفه، ولم يكن أسوأ من الأحلام واللحظات المتكررة التي يسترجعها، وهو دائم السرحان هذه الأيام، وبمجرد أن يسمع صوتًا مدويًا يهب مفزوعًا من على مقعده، وفي أحد الأيام وضعت جدته بالونا خلفه في حفلة استقباله، وعندما انفجر البالون، كان صوته أشبه بصوت عيار ناري جعله يسقط على الأرض مغشيًا في الحال. مما أقلق جدته من اعتقادها بأنه ربما يكون تعرض لصدمة عصبية، كتلك التي أصابت والدها عندما عاد إلى المنزل من حرب بورتو ريكو Puerto Rico، وقالت إن والدها كان خائفا طوال الوقت، ويشعر بأنه سيصاب بالجنون، وقد ظلت تتوجه إلى المسيح من أجل "جوزي" وتصلي من أجله. وقال الطبيب العسكري إن "جوزي" يعاني الاضطراب الناتج ما بعد الصدمة Posttraumatic Stress Disorder PTSD. وكان من المفترض أن يتوجه "جوزي" إلى مستشفى معالجة المحاربين القدامى من أجل تقييم حالته، لكنه كان يعتقد بأنه طبيعي. ولكن زميله "جورج" يحضر جلسة جماعية فى مستشفى معالجة المحاربين القدامى، وقال إن هذه الجلسة جعلته يشعر بتحسن، ونصحه بحضور هذه الجلسات، حتى يتمكن من التخلص من تلك الصور التي في ذاكرته.

المشقة الشخصية Personal Distress

تعتبر المشقة الشخصية إحدى السمات أو الخصائص التي يتم استخدامها لتعريف الاضطراب العقلي؛ بمعنى أن سلوك الفرد يتم تصنيفه على أنه مضطرب إذا تسبب له في حدوث مشقة كبرى. فلقد شعرت "فليسيا" بالمشقة من مشكلتها في صعوبة الانتباه، وما يترتب على هذه المشكلة من عواقب اجتماعية، وهو ما أدي إلى إطلاق



المشقة الشخصية كجزء من تعريف الاضطراب العقلي

الفتيات الأخريات الألقاب عليها. فالمشقة الشخصية تميز أيضًا العديد من أشكال الشذوذ التي تم دراستها في هذا الكتاب - فالأفراد الذين يتعرضون لاضطراب القلق Anxiety Disorder، والذين يتعرضون للإصابة بالاكتئاب، هم من أكثر الأفراد معاناة من المشقة الشخصية. ولكن ليس كل السلوكيات المضطربة تؤدي إلى المشقة، فعلى سبيل المثال قد يتعامل الشخص المصاب باضطراب الشخصية المضاد للمجتمع Antisocial Disorder مع الناس بقسوة وجفاء، ويقوم بانتهاك القوانين بدون أن يشعر بذنب، أو ندم، أو قلق، أو أي نوع من أنواع المشقة. كما ليست كل السلوكيات التي تبعث المشقة تعتبر سلوكيات مضطربة أو غير طبيعية، فعلى سبيل المثال المشقة الناتجة عن الجوع بسبب الصيام كأحد شعائر الدين، أو المشقة الناتجة عن ألم الولادة.

العجز Disability

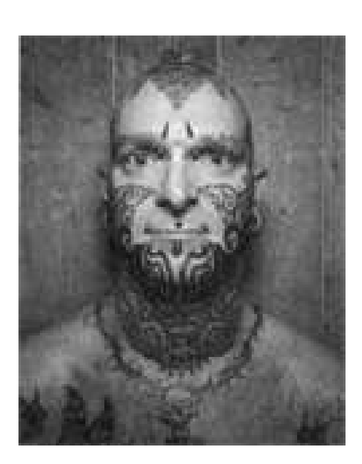
إن العجز - هو قصور في أحد جوانب الحياة المهمة مثل العمل أو العلاقات الشخصية - يستخدم أيضًا لوصف الاضطراب العقلي. فعلى سبيل المثال الاضطرابات المرتبطة بتناول المواد النفسية Substance-Related Disorders تُعرف جزئيًا من خلال العجز الاجتماعي أو المهني كالشجار مع الزوجة، أو ضعف الأداء في العمل الناتج من سوء تناول المواد النفسية. كذلك الرفض من جانب الأقران مثلما كانت تعاني "فليسيا" يعتبر أيضًا مثالاً على هذه السمة أو الخاصية. كما تؤدي مشاعر الخوف المرضي Phobias إلى خلق حالة من المشقة والعجز. فخوف شخص يعيش في كاليفورنيا من الطيران قد يمنعه من الالتحاق بوظيفة في نيويورك. وعلى أي حال فإن العجز بمفرده لا يمكن استخدامه لتعريف الشذوذ. وذلك لأن بعض الاضطرابات، وليس كلها، تنطوي على نوع من أنواع العجز. حيث إن اضطراب الشره المرضى Bulimia Nervosa على سبيل المثال يتضمن الأكل المفرط وعملية تطهير مضادة أو تعويضية مثل التقيؤ مثلاً كمحاولة للتحكم في زيادة الوزن، ولكن ليس بالضروري أن يكون هناك عجز. إذ إن معظم الأفراد المصابين بالشره، تمضي حياتهم بدون أي خلل، حيث يأكلون بنهم ويقومون بعمليات التطهير بشكل دوري. وهناك ظروف أخرى يمكن اعتبارها كنوع من العجز، ولكنها لا تقع داخل إطار علم النفس المرضي، مثل قصر طول القامة عند الرغبة في أن تكون لاعب كرة سلة محترفا، كما هى الحال بخصائص الندرة الإحصائية، فليس متوفراً لدينا قاعدة ترشدنا بأنواع العجز التي تندرج تحت مجالنا والأخرى التي لا تندرج.

انتهاك المعايير الاجتماعية Violation of Social Norms

في مجال السلوك، تُعد المعايير الاجتماعية المعتقدات والاتجاهات قياسات يستخدمها الأفراد بوعي أو بشكل بدهي لإصدار أحكام حول ما إذا كانت سلوكياتهم يتم

تقييمها في ضوء أنها "جيدة أو سيئة"، أو "صحيحة أو خاطئة"، "مبررة أو غير مبررة"، "مقبولة أو غير مقبولة". فالسلوك الذي ينتهك المعايير الاجتماعية يتم تصنيفه كسلوك مضطرب. مثل الطقوس المتكررة التي يؤديها المصابون بالوسواس القهري Obsessive-Compulsive انظر الفصل السابع ، والحوارات مع الهلاوس السمعية لدى مرضى الفصام انظر الفصل التاسع ، كلها تعتبر سلوكيات تنتهك المعايير الاجتماعية. فسقوط "جوزي" على الأرض مغشيًا عليه عند سماعه صوت بالون ينفجر لا يتناسب مع أغلب المعايير الاجتماعية، غير أن هذه الطريقة في تعريف الاضطراب العقلي تعتبر فضفاضة جدًا وضيقة جدًا في ذات التوقيت. على سبيل المثال، يعتبر فضفاضًا طبقًا للسلوك الذي يقوم فيه المجرمون والعاهرات بانتهاك المعايير الاجتماعية ولكنه لا يخضع للدراسة في مجال علم النفس المرضي في كل الأحيان، كما أنه يعتبر ضيقًا للغاية في حالة السلوك الذي لا يقوم به الأفراد الذين يعانون ارتفاع معدل القلق، ولكن لا ينتهكون معايير المجتمع بالتحديد، بل يمثلون بؤرة اهتمام علماء النفس المرضي.

وبالطبع تختلف المعايير الاجتماعية اختلافًا كبيرًا عبر الثقافات، ومن مجموعة عرقية إلى أخرى، ولذلك فإن السلوك الذي ينتهك المعايير الاجتماعية بشكل واضح في إحدى الجماعات قد لا يعتبر منتهكا للمعايير الاجتماعية في باقي الجماعات الأخرى. فمثلا يوجد في بعض الثقافات - وليس في كل الثقافات - عُرف بأن من يختلف بشكل مباشر مع أحد الأفراد يعتبر منتهكًا للمعايير الاجتماعية. فتفسير سلوك "جوزي" في بورتو ريكو لم يكن بذات الطريقة التي يتم تفسيره بها في الولايات المتحدة مثلاً، وخلال هذا الكتاب، سنقوم بمناقشة ودراسة هذا الموضوع المهم المتمثل في الاختلاف الثقافي والعرقي، كما يختص بوصف أسباب وطرق علاج الاضطرابات العقلية.



بعض الناس، يمثل رسم وشم متطرف انتهاكاً للقواعد والمعايير الاجتماعية. ومع ذلك، ليس بالضرورة علامة لاضطراب عقلي

الاختلال الوظيفي Dysfunction

قام "واكفيلد" Wakefield 1992 بتقديم ورقة بحثية مهمة، ومناقشة تعريف الاضطرابات العقلية على نطاق واسع، بأنها "خلل وظيفي ضار" Harmful Dysfunction. ومن الضروري ملاحظة أن هذا التعريف ينقسم إلى جزءين: حكم بالقيمة "الضرر" ومكون علمي موضوعي "الخلل"، فالحكم بأن السلوك ضار يتطلب وجود بعض القياسات التي من المرجح أنها تعتمد على القيم والمعايير الاجتماعية التي تم وصفها منذ قليل، أما الاختلالات

الوظيفية فإنها تحدث عندما تتعطل أحد الميكانيزمات الداخلية وتصبح غير قادرة على أداء وظيفتها الطبيعية، بمعنى أنها تصبح غير قادرة على أداء الوظيفة التي يجب عليها أن تؤديها. وبالتركيز على هذه النقطة في تعريف الاضطراب العقلي لدى نظرية التطور Evolutionary Theory، أشار "واكفيلد" إلى الموضوعية العلمية.

وقد تم توجيه انتقادات هائلة لمكون الخلل الوظيفي في تعريف "واكفيلد" بأنه ليس من السهولة تحديده بشكل موضوعي فيما يتعلق بالاضطرابات العقلية Houts, 2001; Lilienfeld, Marino 1999 . فإحدى الصعوبات تتمثل في أن الميكانيزمات التي تتضمنها الاضطرابات العقلية غير معروفة، لهذا فإنه لا يمكننا القول بالضبط ما يعتبر خللاً وظيفيًا. وقد حاول "واكفيلد" 1999 أن يُفند هذا الاعتراض من خلال الإشارة جزئيًا إلى بعض الاختلالات الوظيفية التي تبدو مقبولة ظاهريًا غير أنه لم يقدم أي إثبات بالأدلة على ذلك. ففي حالة "جاك" على سبيل المثال، يمكن اعتبار الهلاوس سماع أصوات أو تفسيرها على أنها بمثابة عجز المخ في إطفاء أو إسكات الأصوات غير المرغوبة. وبالرغم من ذلك، فلدينا أحد المواقف التي سنحكم على السلوك أو مجموعة السلوكيات فيها بأنها ضارة، ومن ثم نقرر أن السلوك يمثل اضطرابًا عقلياً، وذلك لأننا نعتقد أنه نتج عن خلل وظيفي في إحدى الآليات أو الميكانيزمات الداخلية غير المعروفة بوضوح مثل الاختلالات الوظيفية للشذوذ. غير أن مفهوم "واكفيلد" عن الاختلال الوظيفي الضار، له بعض القيود والمحاذير الخاصة به.

فالمفهوم الواسع للاختلال الوظيفي الذي أشار إليه تعريف الدليل التشخيصى والإحصائي للاضطراب العقلي DSM، بأنه "الاختلالات الوظيفية السلوكية والبيولوجية والسيكولوجية، والتي تدعمها من خلال أدلتنا الراهنة"، لم ينجح بالكامل في تجنب المشكلات التي يعانيها تعريف "واكفيلد". ولكنه يعتبر محاولة للتعرف بشكل رسمي على قيود وحدود فهمنا الشائع.

وفي الحقيقة، فإنه من الضروري أن نضع في الاعتبار أن النص الذي نقدمه ويعرض المشكلات البشرية كأنها مضطربة وغير طبيعية. ومن ثم تسمى اضطرابات عقلية. فمع الوقت واستمرار تطور المجال، سنجد أن مناقشة الاضطرابات في كتب مثل هذا الكتاب تتغير بدون شك، وكذلك فإن تعريف الشذوذ سيتغير أيضًا. ومن الممكن ألا نستطيع التوصل إلى تعريف يشمل كافة جوانب الشذوذ ويصلح لأي وقت. وبالرغم من ذلك، فإنه في الوقت الراهن تعطي الخصائص التي وردت في تعريف الـ DSM وصفًا مفيدًا جزئيًا. مع الأخذ في الحسبان أن هذه الخصائص قد لا تكون قابلة للتطبيق على كل تشخيص بذات القدر.

ملخص سريع :

سيتم التركيز في هذا الكتاب على وصف عدد من الاضـطرابات العقليـة وأسـبابها وطـرق معالجتها، ومن الضروري أن نُذكر في البداية أن الطـابع الشـخصي لهـذا الكتـاب أو لمـادة هـذا الكتاب تتطلب منا أن نكون واعين وعاقدين العزم على أن نتحرى الموضوعية. وتبقـى مشـكلة الوصمة هي النقطة المحورية في مجـال علـم الـنفس المـرضي والاضـطرابات العقليـة. وتتكـون الوصمة من أربعة مكونات، والتي تشمل إطلاق ألقاب على المرض النفسي، واستخدامها حتـى كلغة في الحياة اليومية مثل "مجنون" أو "فصامي"، ومن ثم وصمة الشخص بمرض عقلي.

ويحتل الشذوذ العقلي موقعًا محوريًا في الاضطرابات العقلية، بالرغم من وجـود صـعوبة في تعريفه. وقد تم تقديم عدد من التعريفات، إلا أن أيـا منهـا لا يمكنـه أن يأخـذ في حسـبانه جميـع الجوانـب الكليـة للشـذوذ. فـإذا وصـف الاضـطراب العقـلي بأنـه يتسـبب في المشـقة الشخصية أم لا، فإنه ليس كل سلوك مضطرب نعتبره جزءًا من الاضطرابات العقلية قـد يـؤدي إلى المشقة. كذلك السلوكيات التـي تسـبب العجـز أو غـير متوقعـة يمكـن اعتبارهـا سـلوكيات مضطربة، ولكن أيضًا نقول إن هناك بعض السلوكيات المضـطربة التـي لا تـؤدي إلى العجـز، لا يمكن اعتبارها بأنها غير متوقعة. ويعتبر السلوك الذي ينتهك المعايير الاجتماعية بمثابـة سـلوك مضطرب أيضًا، ولكن على أية حال، فإنه ليس بالضرورة اعتباره جـزءًا مـن الاضـطراب العقـلي، لأن بعض السلوكيات التي تعتبر جزءًا من الاضطرابات العقليـة لا تـؤدي بـالضرورة إلى انتهـاك المعايير الاجتماعية. وأخيرًا يتضمن الخلل الوظيفي مكونين هما الحكم بقيمة "الضرر" والحكـم العلمـي الموضـوعي "الخلـل". وعـلى أي حـال فمثـل هـذه التعريفـات، لا يمكـن أن تأخـذ في حسبانها التغطية الكاملة لما نقوم بدراسته في علم النفس المرضي. فجمع هذه التعريفات معًـا في تعريف الاضطراب العقلي يساعد في دراسة علم النفس المرضي.

تاريخ علم النفس المرضي :

إن العديد من الكتب تبدأ دائمًا بفصل يستعرض تاريخ المجال. وذلك لأنـه مـن الضروري دراسة كيفية تطور المفاهيم والمنـاهج وتغـيرت وربمـا لم تتغـير عـبر التـاريخ، بسـبب تعلمنـا تفـادي الوقـوع في الأخطـاء التـي حـدثت في المـاضي، وكـذلك لرؤيتنـا للمفـاهيم وللمنـاهج المستخدمة في الوقت الراهن القابلة لتغير في المستقبل.

وباعتبارنا علماء في مجال علـم الـنفس المـرضي، فـنحن نهـتم بأسـباب الاضـطرابات العقلية، والبحث عـن الأسـباب التـى تسـتغرق فـترات طويلـة مـن الـزمن. وفي الفـترات الزمنيـة المختلفـة في التـاريخ، فـإن أسـباب وتفسـيرات الاضـطرابات العقليـة قـد تكـون

خارقة ترجع إلى الشياطين والعفاريت ، أو بيولوجية، أو نفسية. وعندما نستعرض سريعًا هذه الحقب التاريخية المختلفة، اسأل نفسك، ما التفسير السائد في الأوقات والأزمنة المختلفة.

دراسة الشياطين والعفاريت قديمًا Early Demonology

قبل عصر التفكير العلمي، كانت كل المظاهر السيئة والجيدة ترجع للقوة الخارجة عن نطاق السيطرة البشرية - مثل الكسوف، والخسوف، والزلازل، والعواصف، والنيران، والأمراض، وتبدل المواسم، كل هذه الأشياء ينظر إليها على أنها تنتمي إلى عالم خارق. ويبدو أن السلوك الذي يخرج عن سيطرة الفرد يتم نسبته أيضا إلى أسباب خارقة. والعديد من الفلاسفة الأوائل، واللاهوتيون، والأطباء الذين درسوا العقل المضطرب يؤمنون بأن السلوك المضطرب هو انعكاس لغضب الآلهة، أو سيطرة الشياطين واستحواذها على روح المريض.

وقد كان المذهب السائد يرى أن كائنًا أو روحًا شريرة يمكنها أن تدخل في الشخص وتتحكم في عقله وجسمه، ويطلق على هذا المذهب علم دراسة الشياطين Demonology. والأمثلة على نماذج التفكير الشيطاني وجدت في التسجيلات القديمة لكل من الصينيين والمصريين، واليابانيين، واليونانيين. كما كان الاعتقاد السائد بين اليهود أن الاضطراب العقلي يتم إرجاعه إلى تملك أرواح شريرة جسد المريض، بعد أن تخلى الرب عن حمايته لغضبه منه. ويسرد "العهد الجديد" The New Testament قصة معالجة المسيح لشخص أصابته روح شريرة، من خلال طرد الشياطين خارج هذا الشخص وقذفها على قطيع من الخنازير إنجيل مرقص 5:8-13 Mark 5 :8-13 .

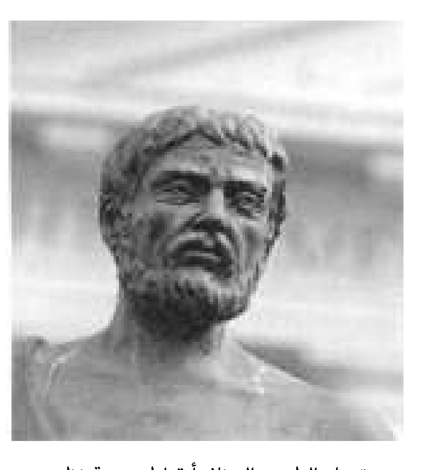
وقد أدى الاعتقاد بكون الاضطراب العقلي ناتج سيطرة روح شريرة إلى معالجته بالرقي والتعاويذ، وهي طرد الروح الشريرة exorcism بطقوس معينة. وقد أخذت التعاويذ والرقي أشكالاً تشبه الطقوس التي يقوم بها المصلي، إحداث ضوضاء الزار ، الإجبار على تناول الخمر ذات الطعم المرير، وأحيانًا يتم اتباع إجراءات أكثر تطرفًا، مثل الجلد بالسياط، والتجويع، وذلك لإعادة الجسم إلى حالته الطبيعية الخالية من سكن الشياطين.

التفسيرات البيولوجية القديمة Early Biological Explanations

في القرن الخامس قبل الميلاد، قام "أبقراط" Hippocrates 377-470 ق م - غالبًا ما يلقب بأبي الطب الحديث - بفصل الطب عن الدين، والسحر، والمعتقدات الخرافية. حيث رفض الاعتقاد اليوناني السائد بأن الرب يرسل أمراضا جسدية خطيرة

واضطرابات عقلية كنوع من العقاب. وأصر بدلاً من ذلك على أن هذه الأمراض لها أسباب طبيعية. ومن ثم فإنه ينبغي التعامل معها مثل باقي الأمراض الشائعة الأخرى، كنزلات البرد أو الإمساك، فقد كان "أبقراط" يرى أن المخ هو العضو الخاص بالوعي، والحياة العقلانية، والعواطف؛ لذلك كان يعتقد أن التفكير الغريب والاضطراب العقلي هما بمثابة إشارات إلى وجود مرض في المخ من نوع معين، وقد تم اعتبار "أبقراط" واحدًا من أوائل من نادوا بفكرة أن هناك شيئا ما خطأ في الجسد البدني يؤدي إلى اضطراب التفكير والسلوك. وقد قام "أبقراط" بتصنيف الاضطرابات العقلية إلى ثلاث مجموعات :

الهوس Mania، والسوداوية أو الاكتئاب Melancholia، والتهاب الدماغ Phrenitis. بالإضافة إلى ذلك، يعتقد "أبقراط" أن الأداء الوظيفي الطبيعي للمخ، والصحة العقلية يعتمدان على التوازن الدقيق بين سوائل الجسم الأربعة التالية، وهي: الدم والبلغم والصفراء والسوداء. وعدم التوازن يسبب حدوث الاضطرابات. فإذا كان الشخص كسولاً أو غبيًا على سبيل المثال، فإن من المفترض أن يكون الجسم به نسبة بلغم عالية، أما ارتفاع نسبة العصارة السوداء فهو ما يفسر الإصابة بالاكتئاب والسوداوية. وإذا كانت العصارة الصفراء زائدة فهي تفسر حدة الطبع والقلق، أما الدم الزائد للغاية فهو مؤشر على تغير الحالة المزاجية.



تمسك الطبيب اليوناني أبقراط بوجهة نظر بيولوجية للمرض العقلي، معتبرا الاضطرابات العقلية ناتجة من أمراض الدماغ

ومن خلال دروس "أبقراط"، أصبحت الظواهر المتعلقة بالاضطرابات العقلية ضمن تخصص الأطباء بشكل لا يقبل الشك، بعد أن كانت من تخصص الكهنة والقساوسة، فقدم "أبقراط" طرق علاج تختلف بشكل تام عن الرقي والتعاويذ. فبالنسبة لعلاج السوداوية مثلاً ووصف لها الهدوء والاعتدال في تناول الطعام، واختيار الطعام والشراب بعناية، والامتناع عن ممارسة النشاط الجنسي. ولاعتقاد "أبقراط" بالأسباب الطبيعية للأمراض أكثر من الأسباب الخارقة؛ اعتمد على الملاحظة الدقيقة الحادة، والمساهمات القيمة كطبيب سريري. وترك وراءه العديد من الكتابات المدونة التي

توضح بالتفصيل أعراضاً متعددة تعرف الآن بمرض الصرع، والضلال الكحولي، والجلطة الدماغية، والبارنويا.

وبالطبع فإن أفكار "أبقراط" لم تصمد أمام البحث العلمي الدقيق. وعلى أي حال، فإن فرضيته الأساسية - أن السلوك البشري يتأثر بشكل ملحوظ بالمواد أو الكيانات المادية المحسوسة، وأن الاضطراب العقلي ناتج عن نوع معين من عدم التوازن الجسدي أو حتى التلف الجسدي - كانت بمثابة نقطة البداية التي أدت إلى ظهور الفكر المعاصر. وفي القرون السبعة التالية، قُبل المنهج الطبيعي للمرض والاضطراب لـ "أبقراط" من خلال اليونانيين الآخرين، وكذلك الرومان، الذين طوروا الطب اليوناني بعد أن أصبحت إمبراطوريتهم قوة عظمى في العالم الأوربي القديم.

العصور المظلمة، وعلم دراسة الشياطين The Dark Ages and Demonology



تتبع الطبيب اليوناني جاليليو أفكار أبقراط ويُعد آخر الأطباء في العصر الكلاسيكي

غالبًا ما يشير المؤرخون إلى وفاة "جاليليو" Galen 130-200م - هو العالم اليوناني الذي عاش في القرن الثاني، ويعتبر آخر الأطباء العظام في العصر القديم - باعتبارها بداية عصور الظلام في الطب الغربي لدراسة وعلاج الاضطرابات العقلية على مدى قرون عديدة من التخلف والانحطاط، حتى جاءت الحضارتان اليونانية والرومانية لتضعا حدًا لهذه العصور الظلامية. حيث ازداد ضغط الكنائس، وإعلان فصل البابوية عن الدولة. وقامت الأديرة من خلال أعمالها التبشيرية والتعليمية بإعادة الأطباء لدورهم كمعالجين وكمتخصصين في الاضطرابات العقلية [1].

واهتم الرهبان في الأديرة بالمرضى وقدموا لهم الرعاية وخدمات التمريض. وبالرغم من أن هناك عدداً قليلاً جدًا من الأديرة التي كان يتم استخدامها كمخازن للمخطوطات اليدوية الطبية اليونانية القديمة، إلا أن الرهبان لم يستخدموا هذه المعلومات الواردة في المخطوطات. فقد اعتنى الرهبان بالمرضى من ذوي الاضطرابات العقلية،

[1] امتدت تعاليم "جاليليو" ليؤثر في العالم الإسلامي، فالطبيب الفارسي أبو بكر الرازي مثلاً 856-925 أنشأ وحدة لمعالجة المرضى العقليين في بغداد، وكان من أوائل من قاموا بممارسة المعالجة النفسية.

وذلك بإقامة الصلوات من أجلهم، ولمسهم لإضفاء البركات عليهم، كما قاموا أيضًا بإعداد أنـواع من الشراب السحري لهؤلاء المرضى، ليتناولوه في وقت يكون القمر غير مكتمل. ففي أثناء هذه الفترة تضاعف أعداد المرضى العقليين في الريف، وازدادت حالتهم تدهورًا، ومعاناة مـن الفقـر، ورجع الاعتقاد في الأسباب الخارقة وراء الطبيعة التي تؤدي إلى الاضطرابات العقلية.

اضطهاد السحرة The Persecution of Witches

أصـبح النـاس في أوروبـا مـع حلـول القـرن الثالـث عشر يسـتجيبون كـرد فعـل لانتشـار الاضطرابات الاجتماعيـة، والمجاعـات المتكـررة، والكـوارث المتتاليـة بـأن يتجهـوا إلى الشـعوذة لتفسير هذه الكوارث. حيث أصـبحوا مهووسـين بالشـيطان، واعتـبر السـحر آنـذاك مـن قبيـل الأفكار الشيطانية، والتي كانت تمثل هرطقـة وإنكـارا لله. ومـثلما نفعـل اليـوم، عنـدما يواجـه البعض أحداثا مرعبة وليس لها تفسير، فإنهم يتجهون إلى الاقتنـاع بالتفسـير الـذى يبـدو أكـثر عقلانيـة. وقـد تـآمرت الأزمـات لتلقـى بالمزيـد مـن اللـوم عـلى أولئـك السـحرة، والـذين تـم اضطهادهم بقسوة. وفي عام 1484، قـام قداسـة البابـا الثـامن Pope Innocent VIII بحـض جميع كهنة أوربا على ألا يتركوا حجرا إلا وأزاحوه بحثا عـن السـحرة، فأرسـل البابـا اثنـين مـن الرهبان الدومينيكان إلى ألمانيا الجنوبية ليتحققـا مـن الأمـر. وبعـد مـرور عـامين، قـام هـذان الراهبـان بإصـدار كتيـب واضـح وشـامل، وهـو "مطرقـة السـحرة" Malleus Malaficarum، ليكون دليلاً إرشادياً في مطاردة السحرة، ويعتبر هذا العهد أو الوثيقة الشرعية اللاهوتية بمثابة كتاب مدرسي حول السحر، وذلك من وجهـة النظـر الكاثوليكيـة والبروتسـتانتية عـلى السـواء، ومن ثم فيجب تعذيب أولئـك الـذين تـم اتهـامهم بممارسـة أعـمال سـحرية إذا لم يعترفـوا، ويجب أن يتم معاقبة الذين يتوبون بالسجن مدى الحياة، أما الذين تم إدانـتهم ولم يتوبـوا فيجب ألا يتم التعامل معهم بالقانون، بل يجب إعـدامهم مبـاشرة. وقـد وضـح الكتيـب أن فقدان أي شخص لعقله بشكل مفاجئ يعتبر عرضًا من أعراض المس الشيطاني. وأن الإحـراق هو الطريقة المعتادة لإخراج هذا الشيطان، غير أن التسجيلات التي وردت عن هذه الفترة لا يمكن الاعتماد عليها، ومع ذلك فإن آلاف الأفراد وخاصة النسـاء والأطفـال، قـد تـم اتهـامهم وتعذيبهم على مدار القرون العديدة التالية، ومن ثـم تـم قـتلهم جميعًـا. كـما سـاد اعتقـاد مبدئي لدى الباحثين بأن العديد من الأفراد الذين تم اتهامهم بأنهم سحرة في أواخر العصـور الوسطى، كانوا يعانون المرض العقلي. وقد استند هذا الاعتقاد إلى اعترافات المتهمـين، الـذين أقروا أحيانًا أنهم كانوا على اتصال بالشيطان، وأنهم اختاروا أيام الراحة أيـام الأحـد لتكـون اليوم الذي تتقابل فيه معبوداتهم. وقـد فسر بعـض البـاحثين هـذه الاعترافـات بأنهـا مجـرد

ضلالات وهلاوس، في إشارة إلى أن هؤلاء السحرة المزعومين ما هم إلا مرضى عقليون Zilboorg & Henry, 1941 . وعلى أي حال، فإن هناك المزيد من الأبحاث حول هذه الحقبة والتى تشير إلى أن العديد من المتهمين لم يكونوا مرضى عقليين، بالرغم من وجود هذه الاعترافات حيث إن التحليل الدقيق لملاحقات السحر تكشف عن أن الذين تمت محاكمتهم كانوا أشخاصا سليمي العقل أكثر من كونهم مرضى عقليين. بينما هذه الاعترافات قد تم الحصول عليها وانتزاعها عن طريق التعذيب الوحشي الذي تم فرضه على السحرة المتهمين، ومن خلال المعتقدات السائدة في تلك الأزمان الغابرة، وفي حقيقة الأمر، لم تكن الاعترافات في انجلترا التي تم أخذها بالتعذيب سوى أوصاف تشبه الضلالات والهلاوس Schoeneman, 1977 .

محاكمات الجنون Lunacy Trials

إن تقييم المصادر الأخرى للمعلومات يفيد أيضًا بأن المرض العقلي لم يكن ينسب بشكل مبدئي إلى السحر. فمنذ بداية القرن الثالث عشر فصاعدًا، عندما بدأت المدن الأوروبية في النمو والتطور، بدأت المستشفيات تنتقل إلى مجال القانون الدنيوي، وقد اتجهت السلطات الداخلية التي تزداد قوة، إلى تولي زمام الأمور في عدد من الأنشطة التي تدخل ضمن اختصاص الكنيسة، ومن هذه الأنشطة مثلاً رعاية المرضى العقليين، وقد حددت الوثيقة التأسيسية لمستشفى الثالوث الأقدس في سالسبوري بانجلترا - والتي يرجع تاريخها إلى منتصف القرن الرابع عشر - الأهداف التي تم إنشاء المستشفى من أجلها، وكان من بين هذه الأهداف هدف يتمثل في أن تتم حماية الشخص المجنون، حتى يسترد عقله، وقد سمحت القوانين الإنجليزية خلال تلك الفترة بأن يتم احتجاز الأفراد الذين يعانون اضطرابا عقليا بخطورة كبيرة، والأفراد غير الأكفاء في المستشفى، ومن الجدير بالذكر أن الأفراد الذين تم احتجازهم لم يكونوا مصابين بمس جنوني أو شيطاني Allderidge, 1979 .

وعقدت محاكمات الجنون في بداية القرن الثالث عشر من أجل تحديد مدى سلامة الشخص من الناحية العقلية. وتم إجراء المحاكمات أو الاختبارات وفقًا لحق المملكة في حماية المريض عقليًا، ووفقًا للحكم بعدم الكفاءة العقلية، ومن ثم يسمح للمحاكمة بأن تكون مسئولة عن حماية ممتلكات الشخص المضطرب عقليًا Neugebauer, 1979 . حيث يراعى درجة وعي المدعي عليه، وذاكرته، وعقله، وحياته، وعاداته اليومية، كل هذا يتم بحثه في الاختبار، وعادة ما يتم إرجاع السلوك الغريب إلى وجود تلف أو مرض عضوي، أو كان يتم إرجاعه إلى بعض الصدمات العاطفية. ولم يكن هناك إلا حالة واحدة تشير إلى وجود مس شيطاني، وذلك في كل الحالات التي تم اختبارها. وقد جاء مصطلح "جنون" أو "قلة عقل" Luancy، من النظرية التي وضعها الطبيب السويسري "باركالسوس"

Paracelsus 1493-1541 ، والذي قام بإرجاع الاضطراب العقلي إلى انحراف القمر والنجوم عن مسارها إن الكلمة اللاتينية المقابلة لكلمة قمر هي كلمة Luna . هذا التفسير القمري، وإن لم يكن ثابتًا، فإنه كان بديلاً مقبولاً للتفسيرات التي تحتوي على شياطين وسحرة. وحتى يومنا هذا، هناك بعض الناس يعتقدون أن اكتمال القمر مرتبط بالاضطراب العقلي بالرغم من عدم وجود دليل علمي يؤيد هذا الاعتقاد.

تطور المصحات العقلية Development of Asylums

مع نهاية الحملات الصليبية في القرن الخامس عشر، كان هناك عدد نادر من المستشفيات العقلية في أوروبا. وعلى أي حال فقد كان هناك العديد من المستشفيات التي تعالج الأفراد المصابين بمرض الجذام، وفي القرن الثاني عشر مثلاً كان هناك ما يقرب من 220 مستشفى للجذام في كل من انجلترا واسكتلندا، وكانت تخدم ما يقرب من مليون ونصف المليون نسمة، وعقب الحملات الصليبية الرئيسة بدأ الجذام يختفي تدريجيًا من أوروبا، وربما يعود السبب إلى توقف الحروب بما يعني توقف انتقال العدوى من العالم الشرقي. ويبدو أن التركيز قد بدأ يتجه نحو المرضى العقليين في المستشفيات التي لم تكن تستخدم آنذاك. وتم اقتياد المصابين بالجذام إلى المصحات أو الأماكن العقلية، وهي ملاجئ للاحتجاز تقدم الرعاية للمريض العقلي، وقد ضمت العديد من هذه الملاجئ مزيجًا من الأفراد المضطربين عقليًا والمتسولين باعتبارهم يشكلون خطرًا اجتماعيًا ومشكلة كبرى في ذلك الوقت، وخلال القرن السادس عشر في باريس، كان هناك حوالي 30 ألف نسمة من أصل مائة ألف هم سكان باريس متسولين Foucault, 1965 ، ولم يكن هناك نظام حكم محدد في هذه المصحات سوى دفع نزلائها إلى العمل. وفي ذات الفترة، ظهرت أيضا المستشفيات المعدة خصيصًا للمرضى العقليين.

بيت لحم ومصحات قديمة أخرى Bethlehem and Other Early Asylums

تم اكتشاف دير مريم العذراء في بيت لحم عام 1243، وتشير السجلات والكتابات إلى أنه كان يأوي بداخله ستة رجال يعانون المرض العقلي. وذلك في عام 1403. وعام 1547 قام هنري الثامن Henry VIII بتسليمهم إلى مدينة لندن ليكون هناك مكان أو مستشفى متخصص فقط لاحتجاز المرضى العقليين. حيث كانت الظروف في بيت لحم بائسة. وشاع اسم للمستشفى على مدى أعوام كثيرة بأنه مستشفى المجاذيب. وهو ما يعني أنه مكان ملئ بالصخب والهرجلة. وأخيرًا أصبح بيت لحم أو دير بيت لحم واحدًا من أكثر المزارات السياحية جذبا للسياح، بل وأصبح منافسا للدير الموجود في وستمينستر Westminster، وبرج لندن Tower of London. ومع حلول القرن التاسع عشر، وخلاله كانت رؤية المرضى الذين يتسمون بالعنف مصدرًا للتسلية والترفية، ويدفع الناس تذاكر غالية من أجل رؤية هؤلاء المرضى. وكذلك الحال في برج المجانين Lunatics Tower

الذي تم إنشاؤه في فيينا عام 1784، حيث كان يتم احتجاز المرضى في الممرات الخارجية التـي تقع بين الغرف المربعة والحوائط الخارجية، حتى يتمكن المارة وعابرو السبيل مـن أن يـروهم بوضوح.

ومن الواضح أن احتجاز المرضى العقليين في المستشفيات والتعامل مع سلوكهم المضـطرب بشكل طبي، لم يعمل بالضرورة على إيجاد علاج إنساني وفعال. إذ اتسمت المعالجـات الطبيـة في الغالب بالفجاجة والوحشية، ومن الأمثلة على ذلك، أن "بنيامين روشـو" Benjamin Rush 1813-1745 - الذي مارس الطب في فيلادلفيا عام 1769، واعتبر أبا الطب الـنفسي الأمـريكي - كان يعتقد أن الاضطراب العقلي ناتج عن ارتفاع نسـبة الـدم في المخ، ولـذلك تعتمـد طريقـة علاجه على سحب كميات كبيرة من دم الأفراد المصابين بالاضطرابات العقلية Farina, 1976 ، ويؤمن "روش" أيضًا بأن العديد من "المجاذيب" يمكن أن يتم علاجهم عن طريق بـث الرعـب فيهم. ولذلك كان يوحي للأطباء بأن يقنعوا المريض بأن الموت قريب جدًا. وقام أحد الأطباء في انجلترا الحديثة بتطبيق هذه الخطوة بأسلوب بارع، حيث كان هناك فوق المكان الـذي يقـوم بالمعالجة فيه يوجد تانك كبير مملوء بالمياه، يتم وضع المريض في صندوق يشبه التابوت، وبـه عدة فتحات، ثم يتم إنزال المريض وهو داخل التابوت إلى التانك المملوء بالمياه، ويظـل تحـت المياه إلى أن تكف الفقاقيع الهوائية عـن الظهـور، عندئـذ يـتم إخـراج المـريض - وهـو داخـل التـابوت - ويـتم هـزه وضربـه حتـى يفيـق ويسـترد وعيـه، إن كـان مـازال عـلى قيـد الحيـاة . Deutsch, 1949, p.82

مصحات "بينيل" Pinel's Reforms

يُعد "فيليب بينيل" Philippe Pinel أول مـن بـدأ التحـرك لإيجـاد عـلاج إنسـاني فعـال للمرضى العقليين في المصحات. في عام 1793 أثناء الثورة الفرنسية، قام بإنشـاء مصـحة ضـخمة في بـاريس أطلـق عليهـا "La Bicetre". ووصـف أحـد المـؤرخين الظـروف والحـالات في هـذه المصحة قائلاً:

"إن المرضى كـانوا مقيـدين في حـوائط زنزانـاتهم، وذلـك مـن خـلال سلاسـل حديديـة تجعلهم ممددين على الحائط، ولا يقدرون على الحركة. ولا يستطيعون الاستلقاء للنوم أثناء الليل، وكانت تلك قاعدة عامة، وقد كان هناك طوق حديدي ملفوف حـول خصر المـريض، بالإضافة إلى سلاسل حديدية أخرى تربط اليدين والقدمين، وقد كانت هذه السلاسل طويلة بالقدر الذي يسمح للمريض بإطعام نفسه من الوعاء، وعـادة مـا كـان الطعـام عبـارة عـن عصيدة لزجة القوام - هو الخبـز المفتـوت في الشربـة - ونظـرًا لأن الأطعمـة غـير معروفـة بالنسبة للكثيرين، فإنه لم يتم تسليط الضوء بقدر كاف والاهتمام بما كان يقدم للمرضى من

نظام غذائي، فمن المفترض أنهم كالحيوانات، وبالتالي لا ينبغي الاهتمام بأن يكون طعامهم جيدًا أو سيئًا" Selling, 1940, p.54 .

تؤكد أغلب النصوص أن "بينيل" قد قام بفك السلاسل التي يتقيد بها الأفراد المسجونين في إصلاحية "لابيكتري" La Bicetre، وهو حدث تم تخليده في اللوحات الزيتية المشهورة، وقد قيل إن "بينيل" بدأ يعامل الأفراد المجاذيب باعتبارهم مخلوقات بشرية مريضة، وليس باعتبارهم بهائم. ومن ثم فإن العديد ممن كان يصعب السيطرة عليهم، قد هدأت حالتهم، أما الأفراد المرضى الذين كانوا مصدر خطورة، فهم الآن يتمشون في ثنايا المستشفى وعلى الأرضيات دون أن يثيروا أية قلاقل، أو يلحقوا ضرراً بأي شخص، بالإضافة إلى غلق السجون التي كانت مقامة تحت الأرض، وحل محلها الغرف ذات الإضاءة الجيدة والتهوية الصحية. واسترد بعض المرضى الذين تم احتجازهم لعدة أعوام عافيتهم، وأخيرًا تم إخراجهم من المستشفى.

وعلى أي حال تشير الدراسات التاريخية إلى أن من قام بتحطيم أغلال المرضى وفك قيودهم، لم يكن هو "بينيل"، وإنما هو مريض سابق يدعي "جان - بابتيست بوسين" Jean-Baptiste Pussin، والذي أصبح فيما بعد خادمًا في المستشفى. وفي واقع الأمر لم يكن "بينيل" موجوداً عند تحرير المرضى Weiner, 1994 . وبالرغم من مرور عدة أعوام على ذلك، امتدح "بينيل" جهود "بوسين"، وسار على ذات النهج.

وتماشيًا مع مبدأ المساواة بين البشر الذي تبنته الجمهورية الفرنسية الجديدة، جاء "بينيل" ليؤكد أن المرضى العقليين الذين يخضعون لرعايته هم أشخاص طبيعيون، ويجب النظر إليهم بعين الرحمة والتفهم، ومعاملتهم معاملة كريمة باعتبارهم كائنات بشرية. وتحدث بأنه إذا كان هؤلاء المرضى فقدوا عقولهم بسبب معاناتهم من مشكلات شخصية واجتماعية حادة، فمن الواجب علينا إرجاعه إليهم من خلال النصح والمساعدة، والأنشطة الهادفة.

وقد قدم "بينيل" الكثير للأشخاص الذين يعانون أمراضا عقلية، غير أنه لم يكن مثالًا للتنوير والمساواة بين البشر. حيث اقتصر العلاج الإنساني على الطبقات الراقية؛ أما مرضى الطبقات الدنيا، فقد ظلوا يخضعون للترهيب والإكراه والبطش كوسائل للسيطرة عليهم، مع استبدال السلاسل والقيود بسترة المجانين.

العلاج الأخلاقي Moral Treatment

ظلت المستشفيات التي تم إنشاؤها في أوروبا وأمريكا لبعض الوقت صغيرة نسبيًا، حيث كان يتم دعمها وتمويلها من الجهات الخاصة، وتدار على ذات نهج التغييرات التي حدثت في إصلاحية "لابيكتري". إلى أن صدم "ويليام توك" William Tuke 1732-1822 - وهو

تاجر شهير في انجلترا - برؤية الحالات في ملجأ يورك York، ومن ثـم سـعى لمطالبـة المجتمـع والأصدقاء بإنشاء مؤسسة خاصـة. وفي عـام 1798 تـم إنشـاء ملجـأ "يـورك" عـلى أراض تابعـة للدولة، ويقدم هذا الملجأ للمرضى العقليين جوًا دينيًا هادئًا يعيشـون فيـه ويمارسـون عملهـم، ويستريحون أيضًا، وكان المرضى يناقشون مشاكلهم مع المرافقين، وأخذوا يعملـون في الحديقـة، ويتنزهون من خلال جولات المشي في الريف.

وفي الولايـات المتحـدة الأمريكيـة، وفي عـام 1817 تـم إنشـاء ملجـأ الأصـدقاء Friend's Asylum داخل ولاية بنسلفانيا، وعام 1824 تم تصـميم ملجـأ هـارتفورد Hartford Retreat في ولاية كونيتيكت بعد ملجأ يورك، وتأثر العديد من المستشفيات الأمريكية الأخـرى بأسـلوب الشفقة والتعاطف والاهتمام الذي كانت تتسم به المعاملة في ملاجئ "بينيل" و"توك". وتماشـيًا مع هذا النهج - المعروف بالعلاج الأخلاقي - أصبح المرضى على اتصال وثيق بـالمرافقين، الـذين كانوا يتحدثون إليهم ويقرأون لهم، ويشجعونهم على الاشتراك في الأنشطة الهادفة، حيث عاش المرضى حياة طبيعية بقدر الإمكان، وكانوا مسئولين بشـكل عـام عـن أنفسـهم داخـل الحـدود التي تفرضها الاضطرابات التي يعانونها، وبالإضافة إلى ذلـك فقـد كـان مـن الواجـب ألا يكـون هناك أكثر من 250 مريضا في المستشفى Whitaker, 2002 .

وبالرغم من كون هذه الملامح تبدو إيجابية في الظاهر، فقد تم اسـتنباط ملاحظتـين مـن السجلات المفصلة للحالات في ملجأ يورك خـلال الفـترة من 1880 إلى 1884 Renvoize & Beveridge, 1989 . الملاحظـة الأولى وهـي: أن العقـاقير Drugs كانـت هي الطريقة الشـائعة في العـلاج بمـا في ذلـك الكحـول ونبـــات القنـــب أو الحشـــيش والأفيـــون وهيـــدرات الكلورال Chloral Hydrate وهـي قطـرات منومـة . الملاحظة الثانية، لم تكن النتائج مـبشرة للغايـة، حيـث إن مجمل من تم إخراجهم من المستشفى أو تحسـنوا أو تم شفاؤهم، لم يتجاوز ثلث المرضى.



في القرن التاسع عشر، أدت "دوروثيا ديكس" دورًا كبيرًا في إنشاء المزيد من المستشفيات العقلية في الولايات المتحدة

تم التخلي عن العلاج الأخلاقـي بشـكل كبـير في أواخـــر القـــرن التاســـع عشر، حيـــث قـــدمت "دوروثيا ديكـس" Dorothea Dix 1802-1887 جهودًا تحسن أوضاع الأفراد الذين يعانون أمراضا عقليـــة، وكافحـــت وقاتلـــت مـــن أجـــل إنشـــاء

مستشفى خاص لتقديم الرعاية لهم، هذه الجهود التي قامت بها "ديكس" ساهمت في إحداث هذا التغيير، فقامت "ديكس" - التي تعمل مدرسة في إحدى مدارس ولاية بوسطن - بإلقاء دروس في أحد فصول مدارس يوم الأحد Sunday-School في السجن المحلي وأصابتها الصدمة جراء ما رأته من أوضاع مذرية يعيش فيها النزلاء. ومن ثم ازداد اهتمامها ليشمل المستشفيات العقلية وظروفها، وكذلك المرضى العقليين الذين لا مأوى لهم ولا يجدون مكانا للعلاج يذهبون إليه. وقد شنت حملة شرسة لتحسين أوضاع الأفراد المصابين بأمراض عقلية، وساعدت في إنشاء 32 مستشفى بالولايات المتحدة، وتوالت المستشفيات العامة لرعاية العديد من المرضى الذين لم تستوعبهم المستشفيات الخاصة. ومن المؤسف أن قلة عدد العاملين في هذه المستشفيات الجديدة حال دون قدرة هؤلاء العمال على تقديم الاهتمام الفردي، الذي يعد صفة أساسية من صفات العلاج الأخلاقي Bockhoven, 1963 . وعلاوة على ذلك، أصبحت هذه المستشفيات تخضع لإدارة مجموعة من الأطباء، والذين كان معظمهم مهتما بالجوانب البيولوجية في المرض، والاهتمام بالراحة الجسدية وليس الراحة النفسية للمرضى العقليين، وقد تم استخدام هذه الأموال التي تدفع للمرافقين الشخصيين في شراء المعدات والأدوات المعملية. نظرة اكتشاف 1-2 لاستيضاح هل تحسنت الظروف في المستشفيات العقلية اليوم أم لا .

نظرة اكتشاف 1-2

المستشفى العقلي اليوم The Mental Hospital Today

أدى زيادة الاهتمام في السبعينيات من القرن العشرين بعملية احتجاز المرضى في المستشفى الخاص بالأمراض العقلية إلى تسريح عدد هائل منهم. وقد تسبب الانخفاض المتتالي في الميزانية بداية من الثمانينات وحتى اليوم إلى الاستمرار في هذا الإجراء. لكن كان لابد من التعامل مع مرضى الأمراض العقلية بنفس القدر المتعلق بالمرضى المصابين بالأمراض المزمنة، والذين لا يمكن السماح بالخروج من المستشفى كما سنناقش ذلك في الفصل السادس عشر . فالعلاج في المستشفيات العامة للأمراض العقلية يعتبر ذا طبيعة احتجازية اعتقالية في الأساس. فالمرضى يعيشون في بيئة خاضعة للحراسة والحماية، إلا أنهم قد يحصلون على قدر ضئيل من العلاج، فوجودهم يبدو مملاً في معظم الأوقات، ويقضون أغلب فتراتهم جالسين. أما في الوقت الحالي، فإن مستشفيات الأمراض العقلية العامة في الولايات الأمريكية، تتلقى التمويل في العادة إما من الحكومة الفيدرالية، أو من الولاية التي يقع فيها المستشفى. كما أن العديد من مستشفيات إدارة المحاربين القدامى والمستشفيات الطبية العامة تضم أجنحة خاصة بالطب النفسي. بالإضافة إلى ذلك فإن هناك

أيضا مستشـفيات خاصـة تخـتص بـالأمراض العقليـة مثـل؛ مستشـفى شـيبارد وإينـوك بـارك Sheppard and Enoch Part بالقرب من بلتيمور وميرلاند، ومستشفى مكلايـن Mclean في بلمونـت وماساتشوسـتس اللتـان تعـدان مـن أبـرز المستشـفيات العقليـة في أمريكـا. كـما أن التسهيلات الطبية والرعاية والاهـتمام المهنـي في المستشـفيات الخاصـة أكـبر بكثـير مـن ذلـك الموجود في المستشفيات العامة، ويرجع ذلك إلى سـبب واحـد؛ وهـو أن المستشـفيات الخاصـة متوفر فيها سيولة مالية أكثر. فالتكاليف التي يتحملها المريض في هذه المؤسسات الخاصـة قـد تتجاوز الألف دولار في اليوم، بالإضافة إلى أن جلسـات العـلاج الفرديـة مـع عـدد مـن الأطبـاء المتخصصين تعتبر باهظة التكاليف، وبالرغم من تمتع العديد من المرضى بمظلة التأمين الصحي، ففي العادة يفوق العلاج الحد الأقصى للبقاء يوميًا، ولـذلك تبتعـد المستشـفيات عـن المـرضى الذين يعانون اضطرابات عقلية Geller, 2006 .

وهنـاك مستشـفى متخصـص نوعًـا للأمـراض العقليـة، ويطلـق عليـه أحيانـا "المستشـفى الشرعي" Forensic Hospital، هـذه المستشـفيات يقـتصر دخولهـا عـلى الأشـخاص الـذين تـم القبض علـيهم، ويحـاكمون بـأنهم غـير قـادرين عـلى إقامـة دعـوى، وأيضـا يسـمح بـدخول الأشـخاص الذين حصلوا عـلى حكـم بـالبراءة بسبب مرضـهم العقـلي. وبـالرغم مــن أنــه لا يــتم ترحيــل هــؤلاء المــرضى إلى الســجن، فــإن مــا يعيشون فيه من حراسة عسـكرية ونظـام أمنـي صـارم يطبـق عـلى حيـاتهم لا يختلـف عـن السـجن. ومن المفترض أن يتم القيام ببعض أنواع العلاج أثناء فترة احتجـازهم. وتطلب معظـم المستشـفيات مـن المرضى أن ينتظموا في العلاج الجماعي - وهو مصطلح عام يشير إلى وجود اثنين من المـرضى عـلى الأقل يرتبطان بعضهما ببعض، مع قائد للمجموعة في الحجرة لفترة محددة من الوقت. كما أن بعض المرضى يكون لهم جلسات قليلة جدًا مع معالج نفسي، وعـلى أي حـال، فـإن الغالبيـة العظمـى مـن العلاجات التقليدية في المستشفى على مدار أربعين عاما قد تم توجيهها إلى تقديم العقاقير "Drugs" بدلًا من تقديم العلاج النفسي. حتـى البنـاءات المؤسسـية نفسـها يـتم اسـتخدامها كوسـيلة لتقـديم



تعتبر معظم الغرف في مستشفيات الأمراض العقلية التابعة للدولة، موحشة وذات جو يبعث على الكسل وعدم النشاط

الرعاية الداعمة كمحاولة لضمان أن يأخذ المرضى الدواء الخاص بهم، وأيضًا لحماية المرضى والعناية بهم والذين تحول ظروفهم دون الاهتمام بهم، وتجعل من المستحيل أن يهتموا بأنفسهم، مما يجعلهم يمثلون عبئا ثقيلاً، وتهديدا خطيراً للآخرين.

ملخص سريع :

تشمل المفاهيم المبكرة للمرض العقلي الشعوذة المس الشيطاني ، وكذلك أيضًا المناهج البيولوجية التي تم توضيحها من خلال أفكار أبقراط. فخلال العصور المظلمة، كان يتم الاعتناء ببعض الأفراد المصابين بأمراض عقلية داخل الأديرة في حين كان العديد منهم يتجولون في الريف بشكل ملحوظ. وتم اضطهاد البعض باعتبارهم سحرة، ولكن ذلك يعد نادرًا نسبيًا فالعديد من الأبحاث والتحليلات الأخيرة أشارت إلى من تم اتهامهم بالسحر، لم يكونوا مرضى عقليين . وتغيرت طرق معالجة المرضى العقليين على مر العصور. فالتعاويذ أثبتت أنها غير ذات جدوى. والعلاجات في المصحات قاسية وغير مفيدة أيضًا. إلا أن العمل الرائد الذي قام به كل من "بينيل" و"ديكس" وآخرون جعل المصحات أماكن أكثر إنسانية ومناسبة للعلاج. ومن المؤسف أن أفكارهم الجيدة لم تستمر لأن مستشفيات الأمراض العقلية أصبحت مزدحمة للغاية مع قلة العمال الذين يعملون بها وعدم كفايتهم.

تطور الفكر المعاصر The Evolution of Contemporary Thought

بالرغم من فظاعة ظروف مستشفي بيت لحم، كان الأطباء في ذلك الوقت مهتمين بمعرفة أسباب أمراض مرضاهم. وجدول 1-1 يسرد أسباب الأمراض المفترضة في عام 1810 المسجلة من قبل طبيب يدعى "وليام بلاك" William Black أثناء عمله في بيت لحم في ذلك الوقت Appignannesi, 2008 . ومن المثير للاهتمام أن نلاحظ أن حوالي نصف الأسباب المفترضة كانت البيولوجية مثل الحمى، الوراثية، التناسلية ، وكان النصف الآخر أسبابا نفسية على سبيل المثال: الحزن، الحب، الغيرة . بينما حوالي فقط 10 في المائة لأسباب روحانية.

تأثرت التطورات المعاصرة في المناهج البيولوجية والسيكولوجية كأسباب وطرق علاج للاضطرابات العقلية بشكل واضح بأصحاب النظريات والعلماء المتخصصين في أواخر القرن التاسع عشر وبداية القرن العشرين. وسوف نناقش، ونقارن، ونقيم هذه المناهج بشكل أوسع في الفصل الثاني. أما في هذا الجزء، فسوف نستعرض المقدمات التاريخية لهذه المناهج الأكثر معاصرة، بدءًا بالنصائح الضرورية التي تم اتخاذها عند تصنيف الاضطرابات العقلية.

يذكر في الغرب أن وفاة جاليليو Galen وانهيار الحضارتين الرومانية واليونانية أدى إلى توقف إجراء الأبحاث الخاصة بطبيعة كل من المرض العضوي والعقلي. واستمر ذلك حتى أواخر العصور الوسطى بظهور منهج علمي في مجال الطب يعتمد على جمع المعلومات عن طريق الملاحظة المباشرة.

المناهج البيولوجية Biological Approaches :

اكتشاف الأصول البيولوجية في الشلل الجزئي Paresis والزهري Syphilis

تم فهم عملية تشريح ووظائف النظام العصبي في منتصف القرن التاسع عشر، وإن كان ذلك بشكل جزئي، غير أن ما تم معرفته لم يكن كافيًا بدرجة تجعل الباحثين يتمكنون من تحديد أي أنواع الشذوذ العضوي التي من المفترض أن تكون السبب في الاضطرابات العقلية المختلفة وهل هي موجودة بالفعل أم لا. وعلى أي حال، فقد تم التعرف على تغيرات متفرقة تحدث في خلايا المخ، وترتبط باضطرابات الشيخوخة Senile، وما قبل الشيخوخةPrehensile Psychoses، كما تم أيضًا تحديد بعض الأمراض العضوية التي تكون مصاحبة للتأخر العقلي. وربما يكون أكثر النجاحات الطبية هو الكشف عن طبيعة وأصل مرض الزهري.

جدول 1-1 الأسباب الملاحظة بين مرضى بيت لحم في عام1810

السبب	عدد المرضى
النفاس	79
كدمات/ الكسور في الجمجمة	12
الكحول/ تسمم	58
الأسرة/ الوراثة	115
الحمى	110
الخوف	31
الحزن	206
الغيرة	9
الحب	90
العرقلة	10
الفخ	8
الدين	90
الجدري	7
دراسة	15
التناسلية	14
القرحة	5

مصادر: مقتبس Appignannesi, 2008 ، Hunter & Macalpine, 1963

قصة هذا الاكتشاف توضح التفسير الجيد لكيفية عمل المنهج العلمي- الأساس للعلم المعاصر- فمنذ عام 1798 كان من المعروف أن هناك عدداً من المرضى المصابين بأمراض عقلية قد أظهروا زملة من الأعراض التي تتميز بالتدهور المستمر لكل من القدرات البدنية والعقلية، ومنها أعراض مثل أوهام العظمة Delusions of Grandeur، والشلل التدريجي Progressive Paralysis. وبمجرد أن تم اكتشاف هذه الأعراض، أدرك الباحثون أن هؤلاء المرضى لن يتم شفاؤهم أبدا، وفي عام 1825 تم إطلاق اسم "الشلل الجزئي" General Paresis على المرض الذي يفترض أن يكون مرتبطا بهذه الأعراض،

وفي عام 1857 ثار افتراض بأن المرضى الذين يعانون الشلل الجزئي كانوا مصابين من قبل بمـرض الزهري، غير أنه كانت هناك العديد من النظريات المتضاربة حول أصل مـرض الشـلل الجـزئي، وفي محاولة للفت الأنظار وتفسـير المعـدل المرتفـع مـن الاضـطراب بـين الجنـود مـثلاً، افـترض البعض بأنه ربما تكـون ميـاه البحـر هـي السـبب، وقـال "جريسـينجر" عنـد محاولتـه تفسـير الحوادث الرجال، قال إن المشروبات الكحولية والتبغ والقهوة قد تكون لها دور في ذلك.

في الستينيات والسبعينيات من القرن التاسع عشر، قام "لـويس باسـتور"Louis Pasteur بوضع النظريـة الجرثوميـة للمـرض The Germ Theory of Disease، والتـي جـاءت لتؤكـد الرأي القائل بأن المرض ينشأ نتيجة انتقال العدوى إلى الجسم عـن طريـق الكائنـات الدقيقـة، وقد وضعت هذه النظرية الأساس العملي لشرح العلاقة بين الزهـري والشـلل الجـزئي. في عـام 1897 قام ريتشارد فون كرافت - إبينج Richard Von Krafft-Ebing بتلقيح بعـض المـرضى المصابين بالشلل الجزئي بمادة مأخوذة من جروح مرتبطة بمرض الزهري، فلم يظهر على المـرضى أنهم أصيبوا بالزهري، بما يعني أن العدوى قد انتقلت إليهم قبـل ذلـك، وأخـيرا في عـام 1905، تم اكتشاف الكائنات الدقيقة المسببة للزهري، وللوهلة الأولى تم إقامة علاقة سببية بين تدمير بعض المناطق في المخ وشكل معين من أشكال المرض النفسي الشلل الجزئي ، ومن ثـم إذا كـان أحد أنواع المرض النفسي ناتجًا عن سبب بيولوجي، فـإن بـاقي الأنـواع يمكـن أن تكـون كـذلك أيضًا. وقد حازت الطرق البيولوجية قدرًا كبيرًا من المصداقية، واستمر البحـث عـن المزيـد مـن الأسباب البيولوجية في الظهور من وقت لآخر.

العوامل الوراثية Genetics

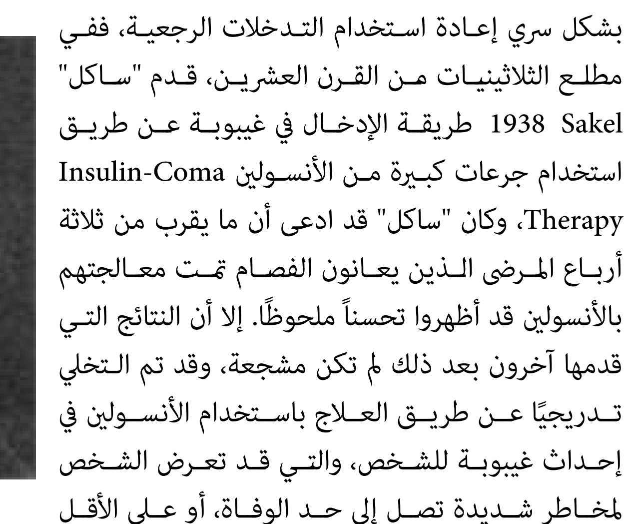
يعتبر "فرانسيس جالتون" Francis Galton 1822-1911 غالبًا المنشئ للبحوث الجينية باستخدام التوائم، استنادا إلى دراسته للتوائم في أواخر عام 1800 في انجلترا، حيث عزا كثير من الخصائص السلوكية للوراثـة. في أوائـل القـرن العشريـن، أصبح البـاحثون مقتنعـين بفكـرة أن المرض العقلي قـد ينـتشر في الأسرة، و بـدأت في ذلـك الوقـت عـدد مـن الدراسـات توثـق دور الوراثة في الأمراض العقلية مثل الفصام، واضـطراب ثنـائي القطـب، والاكتئـاب. ومهـدت هـذه الدراسات الطريق لاحقا لنظريات حول أسباب المرض العقلي.

ولسوء الحظ، ارتبطت العديد من المحاولات التي بذلت في الولايات المتحدة لتحديـد مـا إذا كـان المـرض العقـلي قـابلا للانتقـال بالوراثـة أم لا بحركـة محسـنات النسـل Eugenics Movement.... والتي حاول مؤيدوها أن يزيلوا الصفات غير المرغوبة عن النسـل أو السـكان، وذلـك مـن خـلال تحديـد إنجـاب الأطفـال فمـثلاً مـن خـلال التعقـيم الإجبـاري: أي جعـل

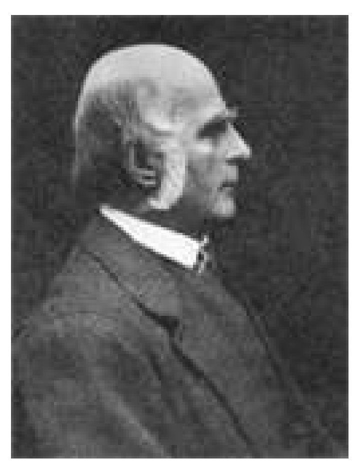
الشخص عقيمًا ، وكان المرض العقلي من بين هذه الصفات "غير المرغوبة". وفي إحدى الصفحات السوداء في تاريخ الولايات المتحدة، تم صياغة قوانين في أواخر القرن التاسع عشر وبداية القرن العشرين لمنع المرضى العقليين من الزواج، وفرض التعقيم عليهم بالقوة وذلك لمنعهم من نقل مرضهم لأشخاص آخرين. وقد قامت المحكمة العليا في الولايات المتحدة الأمريكية بتأييد هذه القوانين في عام 1927 Chase, 1980 ، ولم تتوقف هذه الممارسات غير المقبولة إلا في منتصف القرن العشرين، ولكن بالرغم من ذلك فقد كانت الخسائر فادحة بحلول عام 1945، حيث وصل عدد الأفراد المصابين بأمراض عقلية والذين تم تعقيمهم أي جعلهم عقماء لا ينجبون بالقوة إلى 45 ألف شخص Whitaker, 2002 .

العلاجات البيولوجية Biological Treatments

إن التكديس العام للمرضى العقليين في مستشفيات الأمراض العقلية، في وقت مبكر من القرن العشرين، اقترن بوجود عجز في العمال المحترفين، مما أدى إلى انتشار مناخ عام يشجع



بشكل سري إعادة استخدام التدخلات الرجعية، ففي مطلع الثلاثينيات من القرن العشرين، قدم "ساكل" Sakel 1938 طريقة الإدخال في غيبوبة عن طريق استخدام جرعات كبيرة من الأنسولين Insulin-Coma Therapy، وكان "ساكل" قد ادعى أن ما يقرب من ثلاثة أرباع المرضى الذين يعانون الفصام تمت معالجتهم بالأنسولين قد أظهروا تحسناً ملحوظًا. إلا أن النتائج التي قدمها آخرون بعد ذلك لم تكن مشجعة، وقد تم التخلي تدريجيًا عن طريق العلاج باستخدام الأنسولين في إحداث غيبوبة للشخص، والتي قد تعرض الشخص لمخاطر شديدة تصل إلى حد الوفاة، أو على الأقل الغيبوبة الدائمة حتى الوفاة.



يعتبر فرانسيس جالتون
المصدر الرئيس للأبحاث الوراثية

وفي مطلع القرن العشرين تم الاتجاه إلى طريقة المعالجة التشنجية باستخدام التيار الكهربيECT Electroconvulsive Therapy ، والتي قدمها طبيبان إيطاليان، وهما "أوجو سيرليتي" Ugo Cerletti و"لوسينوبيني" Lucino Bini، فقد كان "سيرليتي" مهتمًا بمرض الصرع، وكان يبحث عن طريقة لإحداث نوبة مرضية، أو نوبات مرضية بطريقة تجريبية، وقد انكشف الحل عندما قام بعملية إحداث نبوات مرضية لدى الحيوانات عن طريق تعرضهم للصدمة الكهربية التي

يـتم إحـداثها في الـرأس، وبعـد ذلـك بوقـت قصـير، وجـد أنـه مـن خـلال إحـداث الصـدمات الكهربائية في جوانب الرأس البشرية، فإنه سيتمكن من إحداث نوبات صرع كاملة، ثم قـام في روما عـام 1938 باستخدام هذه التقنية وطبقها على أحد المرضي الذي كان يعاني الفصام.

وفي العقود التالية، تم إجراء طريقة المعالجة التشنجية باستخدام التيار الكهربي لعدد من المرضى الذين يعانون الفصام، والاكتئاب الحاد، وتـم إجـراء العمليـة بشـكل معتـاد في معامـل المستشفى. وكما سنناقش في الفصل الثامن، فإنها مازالت - أي هـذه الطريقـة - تسـتخدم مـع بعض الحالات النادرة في الوقت الحاضر، وخاصـة مـع مـرضى يعـانون الاكتئـاب الحـاد - وقـد ساهم إنتاج العقاقير بالإضافة إلى قلة الأعراض الجانبية المترتبة عليه في التقليـل مـن اسـتخدام طريقة المعالجة التشنجية باستخدام التيار الكهربي، وعلى أي حـال، فـإن تكـرار إجـراء طريقـة المعالجة التشنجية باستخدام التيار الكهربي يصاحبها مشكلات عديدة.

وفي عام 1935، قام الطبيـب البرتغـالي "إيجـاس مـونيس" Egas Moniz بتقـديم طريقـة جراحة الفصوص الأمامية Prefrontal Lobotomy، وهي عبارة عن إجراء جراحي يعمل على قطع الأجزاء التي توصل الفصوص الأمامية بالمراكز الأدنى في المخ، وقد أظهرت تقاريره المبدئيـة ارتفـاع نسـب النجـاح Moniz, 1936 ، وبعـد ذلـك بعشريـن عامـا، مـر الآلاف مـن المـرضى العقليين بعمليات جراحية نفسية مختلفة Psychosurgery. وقد تم استخدام الإجـراء بصـفة خاصة مع أولئك الذين اتسم سلوكهم بالعنف، وفي الواقع فإن العديد من المـرضى قـد هـدأت حالتهم، وأصبح من الممكن إخراجهم من المستشفى، وأثناء الخمسينيات من القرن العشريـن، تعرض هذا التدخل الجراحي لموجة من سـوء السـمعة، وذلـك يرجـع إلى عـدة أسـباب، فبعـد الجراحة أصبح العديد من المرضى في حالة البلاهة والكسل، بالإضافة إلى معاناتهم مـن فقـدان لقدر هائل من قدراتهم المعرفية، ومن أمثلة ذلك أنهم أصبحوا غير قادرين على إكمال الحـوار مع شخص آخر، وهذا الضرر الذي لحق بالقدرات المعرفية ناتج عن تدمير أجزاء من المخ لـدى هؤلاء المرضى، وتلك الأجزاء كان يعتقد أنها المسئولة عن التفكير.

المناهج النفسية Psychological Approaches

ظل البحث عن الأسباب البيولوجية مسيطرًا عـلى مجـال علـم الـنفس المـرضي حتـى مطلع القرن العشرين، وبدون شك يرجع ذلك في جزء منه إلى الاكتشافات المبهرة التي تم التوصل إليها حول الجنيات والصفات الوراثية. ولكن بداية من أواخر القـرن التاسـع عشر ظهرت العديد من وجهـات النظـر النفسـية المختلفـة، والتـي تعـزو الاضـطرابات العقليـة

إلى قصور في الوظائف النفسية Psychological Malfunctions. وقد ظهرت هذه النظريات لأول مرة في فرنسا، ثم انتقلت إلى استراليا ثم إلى الولايات المتحدة بعد ذلك، مما أدى إلى تطور التدخلات العلاجية النفسية، والقائمة على معتقدات نابعة من نظريات فردية.

ميسمر Mesmer وكوروت Charcot

خلال القرن التاسع عشر، وفي أوروبا الغربية، لوحظ أن العديد من الأفراد يخضعون لحالات هيستيرية، فهم يعانون قصورا في القدرات الجسدية، مثل العمى أو الشلل، والتي لا يمكن إيجاد سبب عضوي لها، وقد كان "رانس أناتون ميسمر" Ranz Anaton Mesmer 1734-1815 - وهو طبيب نمساوي ممارس في فيينا وباريس في أواخر القرن التاسع عشر - يعتقد أن الاضطرابات الهستيرية Hysterical Disorder تنتج عن توزيع السائل المغناطيسيMagnetic Fluid العام في الجسم بطريقة معينة. وعلاوة على ذلك، فقد شعر بأنه في مقدور أي شخص أن يؤثر على السائل المغناطيسي لشخص آخر، وذلك من أجل تغيير سلوك الشخص الآخر.

وقد قام "ميسمر" بإجراء اجتماعات ومقابلات انحصرت على الغموض والروحانية، حيث كان المرضى يجلسون فيما حول حوض خشبي مغطى، مع وجود أسياج حديدية تبرز خلال الغطاء، وتنبع من زجاجات موضوعة أسفل الغطاء، وتحتوي هذه الزجاجات على عناصر كيميائية مختلفة، وقد قام "ميسمر" بدخول الحجرة، وتناول عدة أسياخ من الحوض، ومررها على الأجزاء المريضة في أجساد المرضى المنكوبين، وقد كان هناك اعتقاد بأن الأسياج سوف تعمل على نقل المغناطيسية الحيوانية Animal Magnetism، وتعمل على ضبط توزيع السائل المغناطيسي العام، وبذلك تقضي على الاضطراب الهستيري. وبغض النظر عما يمكن أن يثور في أذهاننا حول التفسير المشكوك فيه والإجراء الغريب، إلا أن "ميسمر" قام بمساعدة العديد من الأفراد على التعافي من المشكلات الهستيرية التي كانوا يعانونها أو المشاكل الدائمة. وبالرغم من أن "ميسمر" قد اعتبر أن الاضطرابات الدائمة لها أسباب بيولوجية، إلا أننا نقوم بمناقشة عمله هنا في هذا المقام، لأنه يعد واحدًا من أوائل الأطباء في مجال التنويم المغناطيسي في العصر الحديث فكلمة Mesmerism ومعناها مسمرية التنويم المغناطيسي هي مرادف لكلمة Hypnotism بمعنى التنويم المغناطيسي أيضًا ، وقد عرف القدماء في الثقافات المتعددة هذه الظاهرة، كجزء من الأعمال السحرية التي يقوم بها السحرة والمشعوذون والدجالون، والذين يعالجون بالسحر .

وقد جاء "ميسمر" على اعتبار أنه دجال من قبل معاصريه، والذي هو يثير السخرية، فمنذ بدأ "ميسمر" وهو يسهم في تشويه سمعة التعويذيين، ومنهم الأب "جوهان جاسنر"

Johann Gassner الذي كان يؤدى طقوسا مماثلة لـ"ميسمر" Harrington, 2008 . ومع ذلك أصبح التنويم المغناطيسي أداءً محترمًا بشكل تدريجي. أما طبيب الأعصاب الرائع "جين مارتن شاركو" Jean Martin Charcot 1825-1893 فقد درس حالات الهستيريا. وبالرغم من اعتقاد "شاركو" في البداية بأن سبب الهستيريا هو مشكلة في الجهاز العصبي، وسبب بيولوجي، إلا أنه أيضًا مقتنع بالتفسيرات النفسية. وفي أحد الأيام، قام طلابه المغامرون بتنويم امرأة بصحة جيدة، وتسببوا لها في عرض بعض الأعراض الهستيرية. وقد خدع "شاركو" بأنها مريضة هستيريا بالفعل. وعندما أظهر الطلاب له كيف أنها يمكن بسهولة إزالة الأعراض بمجرد استيقاظ المرأة، تغير رأي "شاركو" حول الهستيريا، وأصبح مهتما بالتفسيرات النفسية لهذه الظواهر المحيرة للغاية.

وأصبح بروز "شاركو" في المجتمع الباريسي كداعم للتنويم المغناطيسي كعلاج للهستيريا هو أساس لإضفاء الشرعية على هذا النوع من العلاج من بين المهن الطبية في ذلك الوقت . Harrington, 2008; Hustvedt, 2011

منهج "بروير" Breuer و"كاثرتيك" Cathartic



تعاون جوزيف بروير- وهو طبيب نمساوي وفيزيولوجي - مع فرويد في تطور التحليل النفسي في وقت مبكر

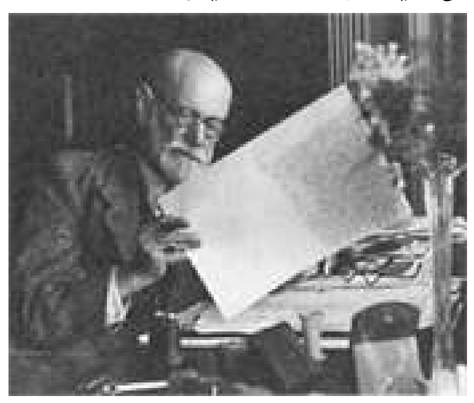
قام أحد الأطباء النمساويين من مدينة فيينا في القرن التاسع عشر - وهو الطبيب "جوزيف بروير" Josef Breuer 1842-1925 - بمعالجة سيدة صغيرة تعاني عدداً من الأمراض الهيستيرية، منها الشلل الهستيري الجزئي للرؤية والسمع، وفي الغالب صعوبة في الكلام، وكانت تدخل أيضًا في حالة شبيهة بالأحلام في بعض الأحيان، أو "الغياب" Absence والتي كانت تقوم أثناء دخولها في هذه الحالة بالغمغمة والحديث ببطء إلى نفسها، وعلى ما يبدو كانت مثقلة بالأفكار المؤلمة. وقد قام "بروير" في إحدى جلسات المعالجة بتنويمها مغناطيسيًا، ثم قام بترديد بعض الكلمات التي كانت تغمغم بها، وقد أدى التنويم المغناطيسي إلى جعلها تتحدث بحرية أكبر وبشكل عميق، مع إظهارها لبعض الانفعالات حول بعض الأحداث المرعبة التي وقعت لها في الماضي. وفي كل مرة تشعر عند إيقاظها من جلسة التنويم المغناطيسي بتحسن كبير، وقد اكتشف "بروير" أن التخلص من أعراض معينة قد يستغرق وقتا أطول عن طريق التنويم المغناطيسي. وذلك في حالة ما إذا كانت قادرة على تذكر الأحداث المرتبطة بالظهور الأول لهذا العرض، وإذا كانت

قادرة على التعبير عن الانفعالات التي شعرت بها في ذلك الوقت. وتسمى عملية التخلص من الصدمات الانفعالية الأولى، وإزالة التوتر العاطفي عن طريق التعبير عن الأفكار التي تم نسيانها في السابق بعملية التطهير أو التنفيس Catharsis، ومن ثم أصبحت طريقة براور معروفة باسم طريقة التنفيس Cathartic Method، وفي عام 1895، قام "بروير" مع أحد زملائه الصغار ويدعى "سيجموند فرويد" Sigmund Freud بنشر "دراسات حول الهيستيريا"، وقد كانت هذه الدراسات تعتمد بشكل جزئي على حالة هذه السيدة الصغيرة والتي تم تحديد هويتها عن طريق إعطائها اسما مستعارا هو O. Anna، وتعتبر الآن بمثابة معلم من معالم علم النفس المرضي .

لقد أصبحت حالة "أنا" أو Anna.O من أشهر الحالات السريرية في الكتابات العلاجية النفسية على الإطلاق. وعلى أي حالا، فإن هناك جدلاً حول ما إذا كان بروير وفرويد قد قاما بتسجيل الحالة بشكل صحيح، حيث إن الدراسات التاريخية التي قام بها هنري ألينبرجر Henri Ellenberger 1972 تشير إلى أن الفائدة التي عادت على السيدة الصغيرة من وراء العلاج بالتحدث الذي قدمه بروير، كانت فائدة وقتية فقط. وقد أيد كارل يانج Carl Jung، وهو زميل معروف لفرويد، والذي استشهد عندما قال ذلك في أحد المؤتمرات في عام 1925، بأن فرويد قد أخبره بأن Anna.O لم يتم علاجها أبدا. وقد أكدت سجلات المستشفى التي كشف عنها الينبرج، أن Anna.O استمرت في الاعتماد على المورفين وذلك لتخفيف المشاكل "الهيستيرية" التي ادعى بروير أو أذاع أنه قد قضى عليها من خلال "التنفيس".

فرويد والتحليل النفسي:

تسببت العوامل اللاشعورية - التي يبدو أن المريض لا يشعر بها – فى إحداث دور قوى، أدى إلى افتراض "فرويد" أن كثيرا من السلوك البشري سيتحدد من خلال القوى التي لا يدركها الوعي. وقد كان الافتراض المحوري لنظرية فرويد - والذي يشار إليه في الغالب على أنه نظرية التحليل النفسي Psycho-analytic Theory - أن المرض النفسي ينتج عن صراعات الفرد التي تحدث في اللاوعي، وسوف



طور سيجموند فرويد نظرية التحليل النفسي، وهي نظرية لبناء وظائف العقل بما في ذلك تفسير أسباب الاضطرابات النفسية وهي وسيلة من وسائل جديدة للعلاج.

نتعرض بشرح مفصل لنظرية "فرويد" في الأجزاء التالية. انظر لبؤرة الاكتشاف 1-3 حول تطور نظرية فرويد.

بناء العقل Structure Of The Mind:

قام فرويد بتقسيم العقل Mind أو النفس Psyche إلى ثلاثة أجزاء رئيسة وهي: الهو Id، والأنا Ego، والأنا العليا Superego. ووفقا لما يقوله فرويد فإن "الهو Id" تظهر عند الميلاد، وهي المستودع الذي يتم فيه تخزين كل الطاقة المطلوبة لتحريك النفس، وذلك يشمل الحاجات الأساسية للطعام والشراب والإخراج، والدفء والعاطفة، والجنس.

وباعتباره عالم أعصاب، فقد رأى "فرويد" أن مصدر الطاقة الموجودة في "الهو" يعتبر بيولوجيًا، وقد أطلق فرويد على هذه الطاقة اسم "الليبيدو" Libido وهي تعني الطاقة النفسية أو الانفعالية المستمدة من الدوافع البيولوجية ذات الهدف ، فالفرد لا يمكنه أن يشعر بهذه الطاقة بشكل واع، حيث إنها تقع في اللاوعي أي تحت مستوى الوعي.

ويسعى "الهو" إلى إشباع حاجاتها بشكل فوري، ويسلك أو يعمل وفق ما يسميه فرويد "مبدأ اللذة" Pleasure Principle، بمعنى إذا لم يتم إشباع الهو فيحدث توتر، وتعمل الهو على إجبار الفرد ودفعه إلى إزالة هذا التوتر بأسرع وقت ممكن. فالطفل الذي يشعر بالجوع مثلا يكون مجبرا على التنقل والحصول على الرضاعة، في محاولة لتخفيف التوتر الذي يثيره الحافز الذي لم يتم إشباعه، وقد يحاول الفرد أن يحصل على الإشباع عن طريق التخيل أيضًا، وتوليد صور - في الحقيقة أو الخيال - الشيء المرغوب. فالطفل الجائع مثلا يتخيل أنه يرضع من ثدي الأم، ويحصل على بعض الإشباع البديل على المدى القصير، ولا يمكن للتخيل أن يشبع الاحتياجات إشباعًا فعليًا بالطبع، وهنا يجئ دور الأنا. تبدأ الأنا في الانفصال عن الهو في خلال الستة أشهر الأولى من الحياة، وعلى عكس ما تتضمنه الهو فإن ما يحتوي عليه الأنا يعتبر واعيًا أو يقع في دائرة الوعي في الأساس. فالهو قد تلجأ إلى الخيال عندما تبحث عن الإشباع، غير أن مهمة "الأنا" هي التعامل مع الواقع. وبالتالي فإن الأنا تعمل وفق ما أسماه فرويد مبدأ الحياة الواقعية Reality Principle لأنها تقوم بدور الوسيط بين مطالب الواقع أو الحياة الواقعية وبين مطالب "الهو" التي تسعى للإشباع الفوري. وعلى أي حال فإن الأنا مقيد بالحقيقة التي تقول بأن الأنا تستمد كل طاقتها من الهو، وبالتالي فإنها لابد أن تقوم بتوجيهه حتى يتم الاعتماد عليه بشكل كامل من أجل الحصول على الطاقة.

أما الجزء الثالث من النفس وهو الأنا العليا، وذلك حسب نظرية فرويد، فيمكن أن ينظر إليها تقريبًا على أنها ضمير الفرد. فقد كان فرويد يعتقد أن الأنا العليا تنمو طوال فترة الطفولة، وهي تنشأ من الأنا، بالرغم أن الأنا ينشأ من الهو، فعندما يكتشف الأطفال أن العديد من أفعالهم - مثل العض والتبول على السرير مثلا - غير مقبولة بالنسبة

لوالديهم، فإنهم يبدأون في تكوين قيم أبوية وتجسيدها، وكأنها قيمهم هم، وذلك من أجل تحقيق اللذة الناتجة عن استحسان الوالدين، وأيضًا ليتمكنوا من تفادي الإحساس بالألم الذي ينتج عن عدم موافقة الوالدين.

فسلوك الكائنات البشرية - كما يصوره فرويد - هو عبارة عن تفاعل معقد يحدث بين هذه الأجزاء الثلاثة من النفس، فالكل يتنافس من أجل تحقيق أهداف تبدو متعارضة في بعض الأحيان. ويطلق على هذه التفاعلات بين الأجزاء الثلاثة أو بين هذه القوى الثلاث أنها ديناميات النفسية للشخصية. وبالتالي فإن المنظرين الذين ساروا على نهج فرويد وأفكاره، يطلق عليهم المنظرين السيكودينامي وإن كان هناك العديد من الآراء المختلفة للنظرية الفرويدية قد ظهرت على مدار الوقت ، وسوف نتعرض بالدراسة للمزيد من النظريات السيكودينامية في الفصل الثاني.

الآليات الدفاعية Defense Mechanisms:

وفقا لما قاله "فرويد"، وكما أوضحت ابنته "أنا" Anna نفسها A. Freud, 1946/1966 ، باعتبارها محللة نفسية متخصصة، فإن مشاعر القلق التي يتعرض لها "الأنا" عندما يحاول أن يحل الصراعات وتشبع رغبات ومطالب الهو من ناحية والأنا العليا من ناحية أخرى، ويمكن تخفيف هذه الصراعات بعدة طرق: فهناك استراتيجية تسمى الآلية الدفاعية A defense Mechanism، تقوم الأنا باستخدامها لحماية نفسها من القلق. ولعل أهم آلية دفاعية هي "الكبت" Repression، ويقصد بها عملية تحويل الدوافع والأفكار التي لا تقبلها الأنا إلى منطقة اللاوعي. وبالطبع لابد للكبت نفسه أن يتم بشكل لا شعوري خارج إطار وعي الفرد، وذلك لتفعل هذه الاستراتيجية، بمعنى ليظل الشخص غير واع بوجود هذه الأشياء غير المرغوبة. وقد تم ضرب أمثلة لآليات الدفاعية الأخرى في جدول 1-2

جدول 1-2 بعض الآليات الدفاعية المختارة

الآلية الدفاعية	التعريف	مثال
الكتب	احتجاز الدوافع والأمنيات غير المقبولة ومنعها من الدخول في منطقة العقل الواعي.	الدكتورة التي تبدأ المحاضرة وتخشى أن تقول كلمة "في الختام".
الإنكار/الرفض Denial	إبعاد الأحداث الموضوعية عن منطقة الإدراك الواعي.	الفتاة التي اغتصبها شخص محرم عليها، كالأخ مثلا في الطفولة، لا تستطيع تذكر ذلك عندما تصل إلى مرحلة البلوغ.

الآلية الدفاعية	التعريف	مثال
الإسقاط Projection	نسب أفكار الشخص غير المقبولة ومشاعره إلى شخص آخر.	الشخص الذي يكره أعضاء الجماعات العرقية، ويعتقد أنهم هم الذين يكرهونه.
الاستبدال Displacement	تحويل ردود الفعل الانفعالية من هدفها الحقيقي إلى شخص الآخر.	الطفل الذي يكاد يجن من أخيه، ولكن بدلا من ذلك يتصرف بغضب مع صديقه.
تكوين رد الفعل Reaction Formation	تحويل المشاعر غير المقبولة إلى شعور معاكس له تمامًا.	الشخص الذي تجتاحه مشاعر جنسية تجاه الأطفال، ويقود حملة للتنديد بالاستغلال الجنسي للأطفال.
النكوص/ الارتداد Regression	إعادة تكرار أنماط سلوكية من مرحلة مبكرة للنمو.	المراهق الذي يتعامل مع المشاعر غير المقبولة بعدم التوافق مع المجتمع، والذي قد يحاول البحث عن الإشباع اللفظي أو الشفوي ليغطي على هذه المشاعر.
التبرير Rationalization	تقديم أسباب مقبولة لتبرير أفعال غير مقبولة.	الأم التي توبخ ابنها أو ابنتها بعد نفاد صبرها، وبعد ذلك تقول إنها أرادت أن تبني شخصية هذا الطفل.
التهذيب/ التسامي Sublimation	تحويل الدوافع العدوانية والجنسية غير المقبولة إلى سلوكيات ذات قيمة اجتماعية.	الشخص الذي يكن مشاعر عدوانية تجاه والده، ثم يصبح طبيبًا جراحًا.

العلاج بالتحليل النفسي Psychoanalytic Therapy:

يطلق على العلاج النفسي الذي يعتمد على نظرية فرويد اسم "التحليل النفسي" أو "العلاج بالتحليل النفسي"، ومازال يطبق حتى يومنا هذا، بالرغم من أن تطبيقه ليس شائعًا، كما كان عليه في السابق. وسوف نقوم في الفصل الثاني بتقديم وعرض المزيد من الطرق العلاجية الحديثة المشتقة من التحليل النفسي، ونحن نقدم هنا بعض المفاهيم الأساسية للتحليل النفسي كما تم استخدامها في الأصل.

حيث يساعد العلاج بالتحليل النفسي المرضى الذي يعانون صراعات الطفولة على مواجهة هذه الصراعات، وعلى فهم أنفسهم، وحل هذه الصراعات في ضوء الحياة

الواقعية لمرحلة البلوغ. فعمليات الكبت المبكرة قد تمنع الأنا من النمو بشكل بالغ، حيث إنه من المفترض أن يعمل حل ومواجهة الصراعات المكبوتة على إلغاء هذا الكبت أو فكه ومساعدة البالغ على أن يستمر في النمو.

وقد ابتكر فرويد عددا من التقنيات والأساليب في محاولاته لمساعدة المرضى على حل الصراعات المكبوتة، منها أسلوب التداعي الحر Free Association يقوم المريض المستلقي على الأريكة بالمواجهة بعيدًا عن المحلل، ويتم تشجيعه على إطلاق العنان لأفكاره/ ها، وأن ينطق بكل ما يرد على عقله بدون مراعاة لأي شيء. وعندما يتقن المريض هذه المهارة، يتم هدم الدفاعات التي تم تشييدها على مر السنوات المتعددة، وتجاهلها. وقد ارتبطت ألفاظ المرض بشكل أكبر ومباشر بالموضوع الذي تم كبته، وتعلم المريض كيف يستخدم هذه العلاقات لكي يطور فهمه العميق للموضوع. وهناك طريقة أخرى للعلاج بالتحليل النفسي، وهى طريقة تحليل الانتقال أو تحليل التحويل Analysis of Transference، وتشير إلى تحويل إجابات المريض على المعالج الذي يقوم بتحليلها، تلك الإجابات التي يبدو أنها تعكس سلوكيات وأساليب تصرف المريض تجاه الأفراد المهمين في حياته الماضية، بدلا من عكس الجوانب الفعلية من العلاقة بين المحلل والمريض - فمثلا، قد يشعر أي مريض بأن المحلل قد أصابه الملل مما يقوله، ويترتب على ذلك أن يحاول المريض بشتى الطرق أن يكون مسليًا، وقد يعكس هذا النمط من الإجابة علاقة المريض في طفولته بأبويه بدلا من أن يعكس ما يدور بالفعل بين المريض والمحلل، وقد شجع فرويد نمو التحول، وذلك عن طريق التذكر عن قصد بأحد القادة الوهميين، وثم طريق الجلوس خلف المرضى، وإفشاء القليل من أسرار حياته الشخصية ومشاعره. ومن خلال الملاحظة الدقيقة، والتحليل الفاحص لهذه السلوكيات المتحولة، كان فرويد يعتقد أن المحلل يمكنه أن يحصل على فهم عميق للجذور وأصول الطفولة للصراعات المكبوتة للفرد. وفي المثال الذي ورد منذ قليل، قد يدرك المحلل أن المريض كان قد أجبر على الشعور بالملل وعدم الأهمية باعتباره طفلا، ولا يمكن له أن يلفت انتباه الأبوين إلا من خلال الأعمال الشقية. وكما تبدأ المشاعر المكبوتة في الظهور بشكل سابق في العلاج، وهنا يجئ دور تقنية التغيير أو أسلوب التفسير Interpretation - فالمحلل يحدد للمريض معاني بعض السلوكيات التي يقوم بها هذا المريض، وتعتبر الآلية الدفاعية بمثابة تركيز أساسي على التفسير Biglan et al., 1998; Nietzel & Harris, 1990 . فمثلا، الرجل الذي يشعر بمشاكل في العلاقات الحميمة قد ينظر خارج النافذة، ويغير الموضوع، إذا قام أي شخص بالاقتراب من العلاقة الحميمة أثناء سير الجلسة. وسوف يقوم المحلل إلى حد ما بتفسير سلوك المريض محددًا طبيعته الدفاعية، على أمل تشجيع

المريض على أن يعرف أنه يقوم في الحقيقة بتجنب الموضوع. انظر جدول 1-3 ملخص لأساليب التحليل النفسي

جدول 1-3 الأساليب الرئيسة في التحليل النفسي

الأسلوب	الوصف
التداعي الحر Free Association	يحاول المريض أن يقول أي شيء يرد على خاطره بدون الخوف أو مراعاة أي شيء.
التفسير Interpretation	يقوم المحلل بتحديد المعنى الحقيقي لبعض سلوكيات المريض للمريض.
تحليل التحول Analysis of Transference	يقوم المريض بالرد على المحلل بأساليب استخدمها قبل ذلك مع أشخاص مهمين في حياته، ويقوم المحلل بمساعدة المريض على فهم وتفسير هذه الإجابات أو الردود.

بؤرة الاكتشاف 1-3

مراحل التطور النفسي الجنسي:

يرى فرويد أن الشخصية تنمو من خلال سلسلة تتكون من أربع مراحل نفسية جنسية مختلفة Psychosexual، وقد لجأ إلى استخدام مصطلح النفس جنسية لأنه في كل مرحلة يكون هناك جزء مختلف أكثر حساسية للإثارة الجنسية، وبالتالي يكون الأكثر قدرة على إشباع الهو.

تعتبر المرحلة الفمية Oral Stage هي أولى مراحل التطور النفسي الجنسي، تبدأ من لحظة الميلاد وحتى عمر 18 شهرًا، ويتم إشباع متطلبات الهو عند الطفل عن طريق التغذية، وبالتحديد عن طريق الرضاعة، وما يرتبط بها من مص، أما الأعضاء الجسدية التي يحصل الطفل من خلالها على الإشباع في هذه المرحلة، فهي الشفاه واللثة، والفم، واللسان. أما المرحلة الشرجية Anal Stage، والتي تبدأ عند 18 شهرا وتستمر حتى ثلاث سنوات فإن الطفل يحصل على اللذة بشكل رئيس عبر فتحة الشرج، وذلك من خلال تمرير واحتجاز البراز. بعد



في نظرية فرويد، المرحلة الأولى لتطور البناء الجنسي هي المرحلة الفمية، التي تحصل على المتعة من التغذية

ذلك تأتي مرحلة القضيبية Phallic Stage وهي تمتد من عمر ثلاث إلى خمس سنوات أو ست، وخلال هذه الفترة، أو المرحلة يتم الحصول على أكبر قدر من الإشباع للهو من خلال إثارة العضو التناسلي، ويعيش الطفل في الفترة ما بين سن 6 سنوات إلى 12 عاما في فترة الكمون Latency Period، وفي هذه السنوات يتضاءل الدور الذي تلعبه دوافع الهو في تحفيز السلوك. وتعتبر المرحلة الأخيرة أو مرحلة البلوغ هي المرحلة التناسلية Genital Stage، وخلال هذه المرحلة تسيطر الاهتمامات باشتهاء الجنس الآخر.



طبقًا لفرويد، الإشباع الكثير أو الحرمان خلال واحدة من المراحل النفسية قد تؤدي إلى التراجع إلى هذه المرحلة أثناء المشقة

ولابد على الشخص الذي يمر بعملية النمو أن يجد حلولا للصراعات التي تنشب بين ما يريده الهو، وبين ما تقدمه البيئة.

ويسود الاعتقاد بأن الكيفية التي يتم بها تحقيق ذلك، هي التي تحدد المواصفات الأساسية للشخصية وطباعها، والتي تلازم الفرد طوال حياته، فالفرد الذي يتعرض لكميات زائدة أو ناقصة من الإشباع في مرحلة معينة يحدث له تثبيت Fixation، ويكون معرضا للرجوع والارتداد إلى تلك المرحلة إذا ألحت عليه.

وهناك مشكلة أو أزمة تحدث في المرحلة القضيبية، وتحدث عند سن الرابعة تقريبًا. فقد أكد "فرويد" على أن الطفل تغلبه الرغبة في الحصول على اللذة التناسلية Genital Pleasure من أحد الوالدين ذوى الجنس الآخر، وفي ذات الوقت فإن الطفل يرى أن الأب من نفس الجنس يعتبر منافسا له، فالطفل يتعرض لاحتياجات عدوانية أو مشاعر عدوانية تجاه هذا الوالد وعلاقة مليئة بالمخاوف، قد يدفع التهديد الشديد من الوالد من نفس الجنس إلى إخماد وكبت الصراع بأكمله، محولا كلا من الرغبة في الإشباع، والدوافع العدوانية إلى اللاوعي. ويطلق على هذا الصراع المكبوت "عقدة أوديب" Oedipus في الأولاد، أما في البنات فيطلق عليها "عقدة إليكترا" Electra Complex، وعادة ما يقوم الطفل بحل هذه الصراعات من خلال الاندماج والارتباط العاطفي Identification مع الوالد من نفس الجنس. وأيضا من خلال تبني القيم الأخلاقية للمجتمع، وبشكل أكثر تحديدا، الحظر المفروض على ممارسة الجنس بين الطفل والأب أو الوالد سواء كان أبا أو أما.

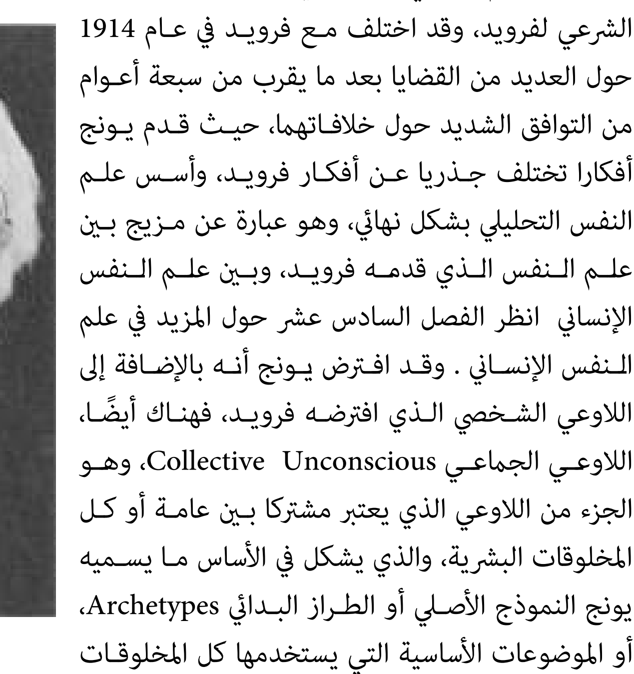
مفاهيم جديدة تتعلق بأسلوب الفرويديين السيكوديناميي الجدد

Neo-Freudian Psychodynamic Perspectives:

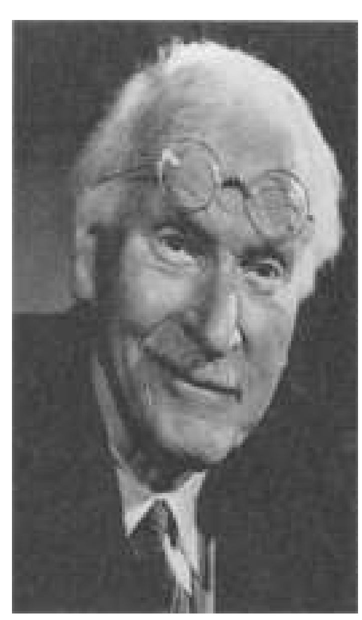
لقد تقابل العديد من الذين عاصروا فرويد لفترة معينة لمناقشة نظرية التحليل النفسي والعلاج بالتحليل النفسي، وكما يحدث غالبًا عندما يتقابل أحد القادة المشهورين مع أتباعه المشهورين أيضًا، تثور الخلافات حول العديد من القضايا العامة، مثل الأهمية النسبية للهو في مقابل الأنا، وللقوى البيولوجية في مقابل القوى الاجتماعية والثقافية التي تؤثر على النمو النفسي، أو الأهمية النسبية للعمليات اللاشعورية في مقابل العمليات الشعورية، وأيضًا أهمية خبرات الطفولة في مقابل خبرات وتجارب البلوغ، وهل الحاجات الجنسية هي التي تقود السلوكيات التي لا تعتبر جنسية بشكل واضح. بالإضافة إلى دور الدوافع شبه المنعكسة الهو في مقابل دوافع السلوك الهادف الذي تحكمه تأملات الأنا الواعية بشكل أساسي، وسوف نناقش هنا اثنين من الشخصيات التاريخية البارزة وهما: كارل يونج Carl Jung، وألفريد أدلر Alfred Adler.

يونج وعمل النفس التحليلي Jung and Analytical Psychology :

يعتبر عالم النفسي السويسري كارل جوستيف يونج Carl Gustav Jung، بمثابة الوريث



الشرعي لفرويد، وقد اختلف مع فرويد في عام 1914 حول العديد من القضايا بعد ما يقرب من سبعة أعوام من التوافق الشديد حول خلافاتهما، حيث قدم يونج أفكارا تختلف جذريا عن أفكار فرويد، وأسس علم النفس التحليلي بشكل نهائي، وهو عبارة عن مزيج بين علم النفس الذي قدمه فرويد، وبين علم النفس الإنساني انظر الفصل السادس عشر حول المزيد في علم النفس الإنساني . وقد افترض يونج أنه بالإضافة إلى اللاوعي الشخصي الذي افترضه فرويد، فهناك أيضًا، اللاوعي الجماعي Collective Unconscious، وهو الجزء من اللاوعي الذي يعتبر مشتركا بين عامة أو كل المخلوقات البشرية، والذي يشكل في الأساس ما يسميه يونج النموذج الأصلي أو الطراز البدائي Archetypes، أو الموضوعات الأساسية التي يستخدمها كل المخلوقات البشرية في تخيل العالم والتأمل فيه.



كارل يونج
مؤسس علم النفس التحليلي

بالإضافة إلى ذلك، فقد أكد يونج أن كلاً منا بداخله صفات ذكورية وصفات أنثوية، وهي تعتبر ممزوجة مع بعضها، وأكد أيضًا أن احتياجات الناس الروحية والدينية تعتبر أساسية ولا تقل أهمية عن احتياجات "الهو"، وطرح قائمة من سمات الشخصية المختلفة، والتي قد يكون أهمها على الإطلاق: الانبساطية Extraversion "التوجه نحو العالم الخارجي" في مقابل الانطوائية Introversion "التوجه نحو العالم الداخلي الذاتي" ، وظل هذا البُعد من الشخصية يحظى بأهمية متزايدة، وسوف نعود إليه مرة أخرى في مناقشتنا للاضطرابات الشخصية في الفصل الخامس عشر.

وقد كانت هناك كتابات مطولة ليونج حول الرمزية الدينية أيضًا وعن معنى الحياة، مما جلب له الشهرة في أوساط الروحانيين والكتاب الروائيين والشعراء، وأخيرا، وحيث إن فرويد قد رأى أن الماضي هو الذي يحدد السلوك الحالي والمستقبلي في الأساس، فقد ركز يونج على الغرضية أو الهدف Purposiveness وعلى صنع القرار، ووضع الأهداف وتحديدها. وقد سعى يونج بطموحاته وأمانيه نحو فهم الأفراد بشكل متعمق، أكثر من اهتمامه بالنتائج التي حققتها تجارب وخبرات الأفراد الماضية.

أدلر وعلم النفس الفردي Adler and Individual Psychology:

يعد ألفريد أدلر Alfred Adler 1870-1937 من أوائل من اتبع نظرية فرويد أيضًا، وقد أصبح أقل اعتمادا على آراء فرويد بقدر يفوق يونج، كما أن فرويد ظل حازما وعنيفا للغاية تجاه أدلر بعد انقطاع علاقتهما، وقد نشأ أدلر نشأة غير صحية فكان يعاني الأمراض، وكانت نشأته في فيينا تجعله يضطر إلى بذل مجهود من أجل التغلب على مشاعر الإحساس بالدونية. وأكدت نظريته - التي تعرف بنظرية علم النفس الفردي individual psychology - على الكفاح من أجل السمو Superiority، ولكن ليس بالمعنى الاجتماعي. وفي حقيقة الأمر، فقد نظر أدلر إلى الناس باعتبارهم مرتبطين بشكل لا خلاص منه بالمجتمع الذي ينتمون إليه، وذلك لأنه كان يعتقد أن الإنجاز يتم تحقيقه في القيام بفعل الأشياء من أجل صالح المجتمع. وقد أكد - مثل يونج - على أهمية العمل نحو تحقيق أهداف معينة Adler, 1930 ، ومثله مثل يونج أيضًا، فقد



ألفريد أدلر
مؤسس علم النفس الفردي

سبقت نظرياته وأفكاره التطورات التالية في مجال العلاج الإنساني. وكـان العـنصر المحـوري في عمل أدلر هو تركيزه على مساعدة المرضى الفرديين على تغيير أفكارهم الخاطئة وغير المنطقيـة وتوقعاتهم التي لا أساس لها، وكان أدلر يعتقد أن الشعور أو الإحساس والتصرف بشكل أفضل يعتمدان على التفكير بشكل أكثر عقلانية، وهي الطريقة التي سبق لها التطورات المعـاصرة في علاج السلوك المعرفي. وقد أدى اهتمام أدلـر بـالنمو، ومنـع المشـكلات، وتحسـين المجتمـع إلى التأثير على تطور مراكز إرشاد الطفل، وتعليم الوالدين نوقش في الفصل الثاني .

استمرار تأثير فرويد وأتباعه

Continuing Influences of Freud and His Followers

تم انتقاد أفكار فرويد الأصلية والمناهج بشكل مكثف عبر السنوات. فعلي سـبيل المثـال، جاءت نتائج فرويد بدون بحث رسمي عن أسباب وعلاجات الأمراض النفسية. هذا مازال أحد الانتقادات الرئيسة حتى الآن: بسبب اعتمادهم على دليل سردي مجمع أثناء جلسات العـلاج. حيث انحصرت تأثيرات عمل فرويـد وأتباعـه في مجـال الأمـراض النفسـية في ثلاثـة افتراضـات : Westen, 1998

1- خـبرات الطفولـة تسـاعد في تشـكيل شخصـية الراشـد. فـالإكلينيكيون المعـاصرون والبـاحثون لايزالون يرون أن الطفولة والأحداث البيئية مهمة بشكل كبير. حيث ركزوا على المراحل النفس جنسية التي كتبها فرويد، لكن البعض يؤكد على العلاقـات المشـكلة بـين الآبـاء والأبنـاء بوجـه عام، وكيف تؤثر على علاقات الراشدين بشكل سلبي.

2- هناك تأثيرات لاشعورية للسلوك: كما تم مناقشته في الفصل الثاني، فاللاشعور هو بـؤرة التركيـز في البحث المعاصر لعلم النفس المرضى وعلم العصبي المعرفي. حيث وضح البحث أن الأفراد قد لا يكونون واعين بأسباب سلوكهم. بالرغم من أن أغلـب البـاحثين والإكلينيكيـين المعـاصرين لا يعتقدون باللاشعور كمستودع لغرائز الهو.

3- أسباب وأغراض السلوك البشري ليست دائما واضـحة: ركـز فرويـد وأتباعـه عـلى تعمـيم عـدم وضوح أسباب وأغراض السلوك البشري، لكن نظريات التحليل النفسي المعاصرة تتعامـل بحـذر في أخذ الأشياء كظاهرة.

ملخص سريع

شـهد القرنـان التاسـع عشر والـعشرون عـودة إلى التفسـيرات البيولوجيـة للمـرض العقلي. وقد عملت التطورات التي حدثت في مجال علم النفس المرضي - مثـل النظريـة الجرثومية للمرض، واكتشاف سبب الزهري - على توضـيح كيـف يـرتبط السـلوك بـالمخ. وأدت الدراسات المبكرة للعوامل الوراثية للمرض العقلي إلى ظهور تأكيـد مأسـاوي عـلى

علم تحديد النسل من خلال إجراء تعقيم إجباري لعدة آلاف من المرضى العقليين، وقد تراجعت طرق بيولوجية في العلاج مثل طريقة إحداث غيبوبة عن طريق الأنسولين، وطريقة العلاج بالشحنة الكهربائية، وطريقة جراحة الفصوص الأمامية لصالح العلاج بالعقاقير. ثم تطورت المناهج النفسية في علم النفس المرضي وذلك بداية من المعالجة البدائية لـ "ميسمر" باستخدام التنويم المغناطيسي الحيواني، ومرورا بعلاج الهستيريا في أواخر القرن الثامن عشر من خلال استخدام "بروير" لطريقة التنفيس في علاجه للمريضة التي تدعى "أنا" في أواخر القرن التاسع عشر ، وانتهاء بنظريات التحليل النفسي لفرويد وأساليبه العلاجية في مطلع القرن العشرين . وقد استعار كل من يونج وأدلر الأفكار الأساسية لفرويد في عدد من التوجهات المختلفة، حيث إن تنظير فرويد أو وضعه للنظريات كان موضع انتقاد في الغالب، بالرغم من تقديمه عددا من المفاهيم والتصورات التي مازالت تخضع للدراسة حتى يومنا هذا، وهي تشمل الآليات الدفاعية، وأهمية البيئة المبكرة في ظهور المشاكل النفسية.

ظهور النظرية السلوكية The Rise of Behaviorism

سادت المنهجية البنائية Structuralism Approach في بدايات القرن العشرين كما ضربنا مثالا على ذلك بفرويد وأتباعه، وقد كانت المنهجية البنائية تنادي بأن الأداء العقلي هو الموضوع المناسب للدراسة، بعد ذلك اتجه اهتمام علم النفس إلى مجال أو فرع جديد تمامًا، وهو معرفة المزيد حول ما يحدث بداخل العقل أو ما يجري بداخله، وذلك عن طريق تحليل مكوناته الأساسية. وقد كان علماء النفس يأملون في اكتشاف بناء وتركيب الوعي، وذلك من خلال الاستبطان الداخلي Painstaking Introspection والملاحظة الذاتية. وتسجيل الملاحظات حول العمليات العقلية. وبعد مرور عدة أعوام بدأ العديد من المتخصصين في مجال علم النفس يفقدون ثقتهم في هذه الطريقة، وقد كانت المشكلة تتمثل في أن المعامل المختلفة تظهر نتائج وبيانات متعارضة. وقد وصلت هذه الحالة من عدم الرضا إلى ذروتها عن طريق "جون. ب واطسون" John B. Watson



جون ب. واطسون - وهو عالم النفس الأمريكي، كان شخصية رئيسية في إنشاء السلوكية

1878-1958 ، والذي أحدثت آراؤه في عام 1913 ثورة في علم النفس. حيث قام باستبدال طريقة الاستبطان الداخلي، قام واطسون بالنظر في الإجراءات التجريبية لعلماء

النفس الذين كانوا يجرون دراساتهم عن طريق التعلم على الحيوانات. ونتيجة لجهوده المتواصلة تحول اهتمام علم النفس من التفكير إلى التعليم. ويمكن تعريف السلوكية Behaviorism بأنها "طريقة تقوم بدراسة التعليم من خلال التركيز على السلوك القابل للملاحظة، بدلاً من التركيز على الوعي". وسندرس بالتفصيل ثلاثة أنماط تعليمية أثرت على الطريقة السلوكية في مطلع ومنتصف القرن العشرين، والتي ما يزال تأثيرها ساريا حتى الآن، وهذه الأنماط هي: التشريط الكلاسيكي Classical Conditioning، والإجرائي Operant، والنمذجة Modeling.

التشريط الكلاسيكي Classical Conditioning:

في حوالي منتصف القرن التاسع عشر، قام العالم الفرنسي الروسي المرموق والفائز بجائزة نوبل "إيفان بافلوف" 1849-1936 باكتشاف التشريط الكلاسيكي، وكان ذلك عن طريق الصدفة البحتة، حيث قام بافلوف كجزء من دراسته للجهاز الهضمي، بإعطاء أحد الكلاب نوعا من المساحيق كطعام، وذلك لكي يجعله يفرز لعابا، ولم يمض الكثير من الوقت حتى أدرك مساعدو بافلوف في المعمل أن الكلب يبدأ في إفراز اللعاب بمجرد رؤيته للشخص الذي يطعمه. وعندما استمرت التجربة، اتضح أن الكلب يقوم بإفراز اللعاب حتى قبل رؤيته للشخص الذي يطعمه، وذلك عندما يسمع دبيب أقدامه وهو قادم إليه، مما أبهر بافلوف بهذه النتائج، وقرر إجراء دراسة على ردود أفعال الكلب بطريقة منهجية. ففي التجربة الأولى ضمن سلسلة من التجارب، كان هناك جرس يرن خلف الكلب ثم يأتيه الطعام ويتم وضعه أمام فمه بعدها مباشرة، وبعد تكرار هذه الخطوة عدة مرات، بدأ الكلب في إفراز اللعاب بمجرد أن يسمع صوت الجرس قبل أن يرى الطعام.

إيفان بافلوف، وهو عالم فيزيولوجي روسي والحائز على جائزة نوبل، وقدم إسهامات مهمة في بحوث ونظرية التشريط الكلاسيكي

وفي هذه التجربة ولأن الطعام يستدر اللعاب بطريقة تلقائية بدون تعليم سابق، فقد تم تسمية الطعام بـ المثير غير الشرطي UCS Unconditioned Stimulus ، وأطلق على الاستجابة المتمثلة في إفراز اللعاب اسم الاستجابة غير الشرطية Unconditioned

UCR Response ، وعندما يتم سبق تقديم الطعام عدة مرات بمنبه محايد بان رنين الجرس e.g., Rescorla, 1988 ، أو صوت الجرس وحده المنبه الشرطي أو CS يكون قادرًا على إثارة رد الفعل المتمثل في إفراز اللعاب الاستجابة الشرطية أو CR انظر شكل 1-3 ، وقد تختلف الاستجابة الشرطية CR نوعا ما عن الاستجابة غير الشرطية UCR، غير أن هذه الاختلافات لا تدخل في اهتمامنا الآن، وكلما زاد عدد المرات التي يقترن فيها تقديم الطعام بالجرس زاد كذلك عدد المرات التي يتم فيها إفراز اللعاب عن طريق الجرس وحده. فما الذي سيحدث الاستجابة الشرطية CR إذا لم يتم إتباع المنبه الشرطي CS بالمنبه غير الشرطي UCS كأن يتم تكرار أصوات الجرس بدون أن يتبعها تقديم الطعام مثلا؟ الإجابة هي أن القليل جدا من الاستجابات الشرطية إفرازات اللعاب سوف تظهر، وسوف تختفي الاستجابة الشرطية CR بالتدريج. وقد اصطلح على تسمية ذلك بـ"الانطفاء" Extinction. وهناك تجربة شهيرة ولكنها موضع مساءلة أخلاقية وقام بإجرائها كل من جون واطسون و روزالي راينر Rosalie Rayner 1920 ، وشملت هذه التجربة تقديم فأر غير مؤذ إلى طفل، يبلغ من العمر 11 شهرا، وهو ألبرت الصغير Little Albert. ولم يظهر الطفل أي شعور بالفزع من الحيوان، بل إنه أظهر رغبة في اللعب معه. ولكن ما إن يصل الطفل إلى الفأر، حتى يقوم الشخص الذي يجري التجربة بإصدار صوت مدوي الـ UCS المنبه غير الشرطي عن طريق خبط كرسي البار الموجود خلف ألبرت، مما سبب لألبرت رعبا شديدا استجابة غير شرطية وبعد خمسة تجارب من هذا النوع، أصبح ألبرت مرعوبا للغاية استجابة الشرطية CR من رؤية هذا الحيوان حتى إذا لم يتم خبط الكرسي، حتى أصبح الخوف الذي كان مقترنا في البداية بالصوت المدوي ينتج بشكل مسبق عن المنبه المحايد CS وهو رؤية الفأر المسالم.

وتفترض هذه الدراسة إمكانية وجود علاقة بين التشريط الكلاسيكي وظهور بعض الاضطرابات العقلية، والتي تعتبر مرضية على سبيل المثال المخاوف Phobia، ومن المهم أن نقول إن هذا النوع من الدراسات يتعذر القيام به في هذه الأيام، لأنه يخترق المعايير الأخلاقية.

الموقف المبدئي	الجرس CS ← عدم إفراز لعاب الطعام UCS ← إفراز للعاب UCR
تجربة التدريب Training Trial	الوقت الجرس CS الطعام UCS
التشريط أو التكيف الذي يتم وضعه Conditioning Established	الجرس CS ← إفراز اللعاب CR

شكل 1-3 عملية التشريط الكلاسيكي أ قبل التعليم، الطعام UCS يؤدي إلى إفراز اللعاب UCR ، ولكن الجرس CS لا يؤدي إلى إفراز اللعاب. ب تتكون تجربة التدريب أو التعليم من تقديم المنبه أو الحافز الشرطي CS ، بعد ذلك يتبعه مباشرة تقديم الحافز غير الشرطي UCS . ج تم إنهاء التشريط الكلاسيكي عندما يثير الجرس إفراز اللعاب بشكل مسبق

التشريط الإجرائي Operant Conditioning :

في التسعينيات من القرن التاسع عشر، بدأ إدوارد ثورنديك Edward Thorndike 1874-1949 العمل الذي قاد إلى اكتشاف نمط أساسي آخر من أنماط التعليم، فبدلا من دراسة الارتباط بين الحوافز أو المنبهات - كما فعل بافلوف - قام ثورنديك بدراسة آثار النتائج على السلوك. فلقد لاحظ أن القطط الشريرة الحبيسة قامت عن طريق الصدفة في محاولاتها للهروب، بخبط المزلاج، ومن



أنشأ ب. ف. سكينر دراسة التشريط الفعال، وامتد بهذا المنحى إلى التعليم، والعلاج النفسي، والمجتمع ككل

ثم تحررت، وعندما أعيد حبسها مرات ومرات، كانت تتجه على الفور للمس المزلاج في الحال وبطريقة هادفة. وقد صاغ ثورنديك ما أصبح بعد ذلك واحداً من أهم المبادئ على الإطلاق، إنه قانون النتيجة/ الأثر The Law of Effect، وهو يقضي بأن السلوك الذي يترتب عليه نتائج مرضية للكائن الحي، سوف يتم تكراره، والسلوك الذي يترتب عليه نتائج ضارة أو مكروهة أو غير سارة سوف يتم الامتناع عنه.

وقد قام ب. ف سكينر B.F. Skinner 1904-1990 بإدخال تغيرات مهمة على هذه الأفكار، وقدم مفهوم التشريط الفعال أو الإجرائي Operant Conditioning، وقد تم إطلاق هذا الاسم عليه لأنه ينطبق على السلوك الذي يجري في البيئة. وقام سكينر بإعادة صياغة قانون الأثر عن طريق تغيير أو تحويل الاهتمام من ربط المحفزات بالاستجابات أو ردود الأفعال، إلى العلاقات بين الاستجابات والنتائج المترتبة عليها أو احتمالاتها المتوقعة، ويبدو الفارق ضئيلا، غير أنه يعكس تصورات سكينر على أن المنبهات لا ترتبط بشكل وثيق بالاستجابات عندما تصبح بمثابة الفرص التي تحدث فيها ردود الأفعال أو الاستجابات، إذا تم تدعيمها في الماضي، وقد أعاد سكينر تسمية "القانون الأثر" بجعله "مبدأ التعزيز" Principle of Reinforcement وقد ميز سكينر بين نوعين من أنواع التعزيز وهما:


تستخدم غالبًا صناديق سكنر في دراسات التشريط الفعال لشرح كيفية تشكيل السلوك من خلال تعزيزها

أ التعزيز الإيجابي Positive Reinforcement وهو يشير إلى تقوية النزعة إلى الاستجابة وذلك من خلال تقديم حدث سار، يطلق عليه المدعم الإيجابي، فالحمامة المحرومة من الماء مثلا سوف تقوم بتكرار السلوكيات الفعالة Operant التي تكون متبوعة بوفير المياه. ب التدعيم أو التعزيز السلبي أو التغذية السلبية Negative Reinforcement فإنها تقوم أيضا بتقوية رد الفعل، غير أنها تقوم بذلك عن طريق إزالة حدث مكروه، مثل إيقاف الصدمة الكهربائية. ويعتبر استنتاج عمله الممتد مع الحمام وتطبيقه على السلوك البشري المعقد، وصدور كتابه Walden Tow، واحدا من أشهر الروايات المثالية غير العملية، والتي تصف المجتمع المثالي، الذي تحكمه مبادئ التدعيم، وقد قال سكينر إن حرية الاختيار تعتبر خرافة، حيث إن كل السلوكيات البشرية تحددها الإمدادات التي تقدمها البيئة أو تعمل على توفيرها.

وفي التجربة الأصلية للتشريط الفعال Operant Conditioning، ربما يتم وضع حيوان الفأر الجائع في صندوق، يعرف باسم صندوق سكينر، والذي كانت به رافعة عند أحد أطرافه، وسوف يقوم الفأر باستكشاف بيئته الجديدة، وسوف يتقرب عن طريق الصدفة من الرافعة، بعد ذلك يمكن للقائم على التجربة أن يلقي بقطعة من الطعام في الإناء القريب من الرافعة. وبعد عدة مرات من إعطائه هذه المكافأة، سوف يأتي الحيوان ليقضي المزيد والمزيد من الوقت في المنطقة الواقعة حول الرافعة. ولكن يمكن للقائم على التجربة في هذه اللحظة أن يلقي بقطعة الطعام في الإناء عندما يقوم الحيوان بلمس الرافعة فقط. وبعد استغلاله لعدة فرص من لمس الرافعة، سوف يقوم الحيوان بالبدء في لمس الرافعة بشكل متكرر. وعن طريق إثبات لمس الرافعة بشكل جيد، يمكن للقائم بالتجربة أن يجعل معيار المكافأة أكثر تماسكا وصلابة. والآن لابد للحيوان أن يقوم فعليا بالضغط على الرافعة.



مكافأة الاستجابات العدوانية غالبًا لدى الأطفال، الأمر الذي يجعلها أكثر احتمالاً أن تحدث في المستقبل. في هذه الصورة، الطفل أكثر عدوانية يسعى للحفاظ على اللعبة

وهكذا يتم إنجاز السلوك المرغوب المؤثر/ الفعال، بشكل تدريجي من خلال التشكيل Shaping، أي عن طريق المكافأة على سلسلة من الاستجابات أو ردود الفعل يطلق عليها "التقريبات المتعاقبة" Successive Approximation أو الخطوات المتعاقبة في التقريب، والتي تقترب شيئا فشيئا إلى أن تصل إلى التشابه مع الاستجابة المرغوبة. وتزداد عدد الضغطات على الرافعة بمجرد أن تصبح هذه الضغطات هي المعيار لإطلاق أو إلقاء قطع الطعام، وتتناقص أو تخمد وتنطفئ، إذا لم يتم إلقاء قطع الخبز في الإناء بعد كل ضغطة على الرافعة.

وهناك مثال يوضح كيف أن التهيئة أو التشريط الفعال يمكن أن يسهم في ظهور المرض النفسي، دعونا ندرس الملامح الأساسية لاضطراب السلوك Conduct Disorder الفصل 15 ، وهو التكرار الدائم للسلوك العدائي، يكون العدوان غالبا مكافأة، مثلما يحدث عندما يقوم أحد الأطفال بإنزال الضرب المبرح بطفل آخر، وذلك من أجل

الاستحواذ على الدمية الحصول على الدمية هو المدعم ، وقد يقوم الوالدان بتدعيم العدوان بدون قصد عن طريق الاستسلام له عندما يكون الطفل غاضبا أو يهدد بارتكاب أعمال عنف لتحقيق هدف معين. مثل السهر حتى الصباح أمام التلفزيون.

النمذجة Modeling: إن عملية التعليم غالبا ما تستمر حتى في غياب المدعمات. فنحن جميعا نتعلم من خلال المشاهدات والتقليد للآخرين، وهي العملية التي اصطلح على تسميتها بـ "الاقتداء" Modeling أو النمذجة، ففي عام 1990 وبعد ما أوضح عمل تجريبي أن مشاهدة شخص ما يقوم بنشاط معين أو يؤدي أنشطة معينة، يمكن أن يؤدي إلى زيادة أو التقليل من الأشكال المتعددة للسلوك مثل: المشاركة، والعدوان، والخوف، فعلى سبيل المثال قام كل من باندورا Bandura، ومونلوف Menlove 1968 باستخدام المعالجة بالاقتداء أو النمذجة لتقليل الخوف من الكلاب عند الأطفال. وبعد مشاهدة نموذج لا يخاف مشترك في العديد من الأنشطة مع الكلب، على الفور أظهر الأطفال الخائفون زيادة أكيدة في ميلهم للاقتراب من الكلب والتعامل معه. وبالمثل يمكن للاقتداء أن يفسر اكتساب سلوكيات غير طبيعية أو مضطربة، وكذلك فإن الأطفال ذوي الآباء الذين يعانون نوبات خوف مرضية Phobias أو يعانون مشاكل تتعلق بإساءة استخدام العقاقير قد يكتسبون نماذج سلوكية مشابهة، وذلك من خلال الملاحظة بشكل جزئي.

العلاج السلوكي Behavior therapy: لقد ظهرت المعالجة السلوكية في الخمسينيات من القرن العشرين. وقد كانت هذه الطريقة في شكلها المبدئي تطبق إجراءات تعتمد على التشريط الكلاسيكي والإجرائي، وذلك لتغيير المشاكل السريرية. وفي بعض الأحيان يتم استخدام مصطلح "تعديل السلوك" أيضًا، وغالبا ما يفضل المعالجون الذين يستخدمون التشريط الكلاسيكي والإجرائي كوسيلة للعلاج هذا المصطلح. فقد كانت المعالجة السلوكية بمثابة محاولة لتغيير الاضطراب العقلي والأفكار والمشاعر غير الطبيعية، وذلك عن طريق تطبيق الطرق التي يتم استخدامها في جو علاجي، أو عن طريق تطبيق الاكتشافات التي تم التوصل إليها علماء النفس التجريبيون في دراساتهم لكل من السلوك الطبيعي والاضطراب العقلي.

وقد ظهر أسلوب العلاج السلوكي كواحد في تلك الفترة ويطلق عليه التشريط المضاد Counter Conditioning، والذي يشير إلى إثارة استجابة جديدة لمنبه معين - أي استجابة R1 لذلك المحفز انظر شكل 1-4 ، فمثلا في أحد الإجراءات المبكرة والتي كانت مشهورة آنذاك، نجحت "ماري كوفر جونز" Mary Cover Jones في معالجة ولد صغير يخاف من الأرانب، وذلك عن طريق إطعامه في حضور الأرنب. في البداية كان الأرنب يتم توقيفه واحتجازه على بعد عدة خطوات من الطفل. وبعد ذلك يتم تحريكه وتقريبه بالتدريج في حوادث متعاقبة. وبهذا الأسلوب كان الخوف R1 والذي يسببه

الأرنب S تم استبداله بمشاعر إيجابية أقوى يتم استدعاؤها عن طريق الأكل R2 ، ويعتبر مبدأ التشريط الكلاسيكي، والذي يعتمد عليه أسلوب مهم للنظرية السلوكية، والذي مازال يتم استخدامه في معالجة نوبات الخوف المرضي والقلق ويطلق عليه هذه الأيام "التحصين المنظم" Systematic Desensitization، وقد ظهر هذا الأسلوب على يد "جوزيف فولبه" Joseph Wolpe في عام 1958، ويشتمل على عنصرين اثنين وهما: 1 الاسترخاء العميق للعضلات، و 2 التعرض المنتظم لقائمة من المواقف المشقة، بداية بتلك المواقف التي لا تثير إلا الحد الأدنى من القلق ثم الانتقال إلى تلك المواقف التي تعتبر أكثر المواقف إثارة للرعب. افترض "فولبه" أن التشريط الكلاسيكي يحدد كفاءة عملية التحصيص المنظم: حيث إن الحالة أو الاستجابة المضادة للقلق يتم استبدالها بالقلق عند تعريض الشخص بالتدريج لرجعات أقوى وأقوى من الشيء الذي يخاف منه. وسوف ندرس هذا الأسلوب بتفصيل أكثر في الفصل الثاني. لأنه يظل جزءًا مهما من الأشكال الحالية للمعالجة السلوكية.

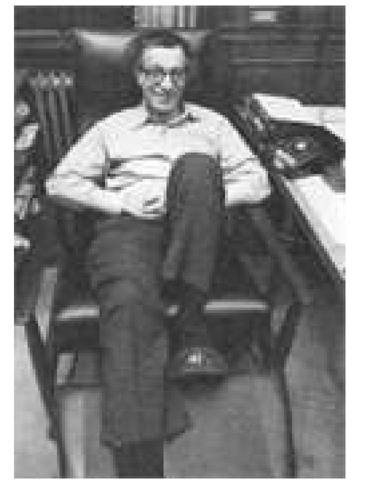
وهناك نوع آخر من التشريط، وهي التشريط العكسي Aversive Conditioning، وقد لعب دورًا تاريخيًا مهمًا في ظهور النظرية السلوكية. وفي الغمر يتم اقتران المنبه الذي يجذب المريض ويربطه بحدث غير سار، وذلك مثل العقاقير التي تسبب الغثيان الشديد مثلا، أو الصدمة الكهربية التي يتم إجراؤها لليد، وذلك لإعطاء هذا المنبه خصائص سلبية. فمثلا مدمن الكحوليات الذي يتمنى أن يتوقف عن الشرب، يمكن أن يطلب منه أن يشتم الكحول بينما يتم إعطاؤه عقارا يجعله يشعر بالغثيان الشديد. وقد تم استخدام الأساليب غير المرغوبة لتقليل أو للحد من التدخين، وتعاطي المخدرات، والمؤثرات غير اللائقة اجتماعيًا مثل الإثارة الجنسية التي يقوم بها الأطفال في علاقاتهم.

وقد كانت طريقة العلاج المنفر مثار جدل واسع لأسباب أخلاقية، وذلك لأنها تحتوي على إنزال الألم وعدم الراحة على الأفراد. ومن النادر أن يتم استخدامها في الوقت الحالي عندما تكون هي الحل الوحيد لبعض المشاكل المعينة. فمثلا عند علاج مدمن شراب، يمكن أن تساعد طريقة العلاج بالتنفير Aversion Treatment في التقليل بشكل مؤقت من الاضطراب العقلي بينما يتم تعليم المريض طرقا جديدة للتعايش مع الضغوط.

وقد تم ضم طريقة العلاج بالنمذجة كذلك في نظرية السلوك، وذلك ابتداء من الستينيات في القرن العشرين، فمثلا، استطاع الأفراد تقليل خوفهم من الثعابين من خلال رؤية أشخاص آخرين يقتربون بالتدريب من الثعابين وينجحون في التعامل معها، وكان ذلك إما بطريقة مباشرة في الواقع الحي، وإما مسجلا على مواد فيلمية Bandura, Blanchard, & Ritter, 1969، وقد تم معالجة الخوف من الجراحة ومن التعامل مع الأسنان بذات الطريقة أيضا Melamed & Siegel, 1975 .

كما استخدمت الأساليب الإجرائية مثل تدعيم السلوك المرغوب بشكل منظم وإضفاء السلوك غير المرغوب بشكل فعال لعلاج الكثير من مشكلات الأطفال Kazdin & Weisz, 1998 .

أهمية المعرفة The importance of Cognition



إلبرت إليس، معالج سلوكي معرفي، ومؤسس العلاج السلوكي الانفعالي العقلاني، معتمدًا على دور المعتقدات اللاعقلانية كأسباب للأمراض النفسية

بالرغم من أن السلوكية أصبح لها تطبيقات متعددة في هذه الأيام، إلا أن النقاد والباحثين بدأوا في إدراك قصور تركيزها فقط على السلوك. فالكائنات الحية ليست سلوكاً فقط، فهم يفكرون ويشعرون أيضًا. فالنظريات السلوكية المبكرة لم تهتم بالمعرفة والمشاعر. ولكن بدءًا من 1960، بدأ ظهور دور المعرفة من خلال الأبحاث التي تؤكد أن الطرق التي يفكر بها الأفراد أو يقيمون appraise للمواقف تؤثر بشكل كبير في السلوك. على سبيل المثال السير داخل حجرة فيها غرباء ينتج عنها أفكار متعددة، "عظيم، أنا سعيد بمقابلة كل هؤلاء الأفراد الرائعين" أو "لا أعرف هؤلاء الأفراد، سأبحث عن مكان آخر". وبالتالي سلوك الشخص الأول سيكون التفاعل مع الجماعة، أما الثاني فهو ترك الحجرة.

العلاج المعرفي Cognitive Therapy

اعتمد العلاج المعرفي مبكرًا على أفكار الأفراد ليس فقط سلوكهم، فهم يركزون على التفكير والمشاعر. فكل المناحي المعرفية تعتمد على كيفية إدراك الإفراد لأنفسهم والعالم كمحدد رئيس للاضطرابات النفسية. وفي العلاج المعرفي، هدف المعالج هو البدء بمساعدة المريض في وعيه بالأفكار غير المنطقية. ومن ثم تغيرها الذي ينعكس على تغير مشاعرهم وسلوكهم فيما بعد.

ترجع جذور النظرية المعرفية إلى النظرية المعرفية لأرون بك Aaron Beck's cognitive therapy ستتم مناقشتها في الفصل الثاني والعلاج السلوكي الانفعالي العقلاني لأبرت إليس REBT Albert Ellis's rational – emotive behavior therapy . طور ألبرت إليس نوعاً مختلفاً من العلاج السلوكي المعرفي. والفرضية الأساسية التي يستند إليها هي أن ردود الأفعال الانفعالية المستمرة تنتج بسبب عبارات داخلية يكررها الأفراد داخل عقولهم، وهذه التعبيرات الذاتية يتجلى فيها أحيانا افتراضات غير منطوقة - أي معتقدات غير منطقية - تتعلق بما هو ضروري لكي يحيا الإنسان حياة هادفة. ويهدف العلاج الانفعالي المنطقي عند إليس RET - الذي يسمى الآن العلاج السلوكي الانفعالي المنطقي

REBT rational-emotive behaivor therapy - إلى القضاء على المعتقدات المثبطة. فيمكن مثلا أن يقول أحد الأفراد المصابين بالاكتئاب " يالي من أحمق عديم القيمة" عدة مرات يوميا. ويقول إيريس إن الناس يفسرون ما يدور حولهم، وإن تلك التفسيرات في بعض الأحيان يمكن أن تتسبب في اهتياج انفعالي، وإن اهتمام المعالج يجب أن ينصب فى هذه المعتقدات وليس على الأسباب التاريخية أو السلوك الظاهري.

وكان من عادة إليس عمل قائمة بعدد من المعتقدات غير المنطقية التي يمكن أن تسكن عقول الناس. ومؤخرا توقف إليس عن عمل قوائم بمعتقدات معينة واتجه نحو مفهوم أكثر شمولا وهو مفهوم "المطالبة" demandingness، أي الضرورات والمفروضات التي يفرضها الأفراد على أنفسهم أو على الآخرين. وهكذا نجد أن الشخص بدلا من أن تكون لديه رغبة في أن يحدث شيء بطريقة معينة- وهو يشعر بخيبة الأمل، أو يقوم بعد ذلك على الأرجح بسلوك يمكن أن يؤدي إلى حدوث النتيجة المرغوبة- يطالب الشخص بأن يحدث هذا الشيء بتلك الطريقة. ووفقا لفرضية إليس، يكون هذا الطلب غير الواقعي وغير المثمر هو المتسبب في الضائقة الانفعالية والخلل السلوكي اللذين يجعلان الناس يذهبون إلى المعالجين النفسيين.

استخدم إليس عددا من المعتقدات اللاعقلانية التي يستعين بها الأفراد. وقال إنه في وقت لاحق 1991; Kendall et al., 1995 تحولت من المعتقدات خاصة إلى مفهوم أكثر عمومية التي يجب أو ينبغي على الأفراد أن يفرضوها على أنفسهم وعلى الآخرين، وافترض إليس أن هذه المعتقدات غير واقعية، وغير إيجابية، تنعكس بشكل واضح على الانفعالات المضطربة، واختلال السلوك الذي يتطلب مساعدة المعالجين.

ملخص سريع

بدأت السلوكية تسود في عشرينيات القرن العشرين، واستمرت في كونها جزءا مهما من الطرق العلاجية المختلفة. وقد قام جون واطسون بالبناء على عمل إيفان بافلوف في توضيح كيف يمكن تشريط بعض السلوكيات. وقد قام ب. سكينر بالبناء على عمل إدوار ثورنديك، فقد أكد على الاحتمالات المرتبطة بالسلوك موضحا كيف أن التدعيم الإيجابي والتدعيم السلبي يمكن أن يعمل على تشكيل السلوك. وقد أفادت الأبحاث حول النمذجة، في تفسير كيف يمكن للأشخاص أن يتعلموا حقا وإن لم يكن هناك أي نوع من التدعيم، وقد شملت الأساليب الأولى في العلاج أساليب التشريط العكسي Counter Conditioning مثل تخفيض الانفعالات والعلاج بالكراهية وكذلك العلاج بالنمذجة. ثم تطور الأمر مع طرح إلبرت إليس نظرية السلوكية الانفعالية العقلانية التي تؤكد على الأفكار والمطالب التي يفرضها الأفراد على أنفسهم يجب أن أعمل هذا مما يؤدي إلى أنماط متعددة من الاستجابات الانفعالية الشاقة.

مهن الصحة النفسية The Mental Health Professions

مثلما تطورت الآراء حول الاضطرابات العقلية والاضطراب العقلي، كذلك أيضا تطورت المهن المرتبطة بهذا المجال. ويشمل المهنيون المسموح لهم بتقديم الخدمات النفسية كلا من الأطباء النفسيين السريريين، وأطباء العيادات النفسيين، وأطباء الاستشارة النفسيين، والمحللين النفسيين، بالإضافة إلى أصحاب العمل الاجتماعي، ومعالجي الاستشارات الأسرية والزوجية.

وكانت الحاجة لمثل هذه المهن غير كبيرة بدرجة واضحة. فعلى سبيل المثال، أجريت دراسة مؤخرا ووجدت أن تكلفة الاضطرابات النفسية في الولايات المتحدة ما يقرب من 200 مليار دولار سنويا كفاقد أرباح Kessler et al., 2008 . فالأفراد الذين يعانون مرضا عقليا خطيرا غالبا غير قادرين على العمل بسبب مرضهم، ونتيجة لذلك تنخفض أرباحهم سنويًا مقارنة بالأفراد الأصحاء بنسبة تصل إلى ستة آلاف دولار في السنة! . بالإضافة إلى أن ذوي الأضطرابات النفسية ليس لديهم تأمين صحي مقارنة بالأفراد الذين لا يعانون اضطرابات نفسية Garfield et al., 2011 .

وفي هذا الجزء سوف نناقش هذه الاختلافات أو الأنماط المختلفة من الأطباء، وكذلك الأنواع المختلفة من التدريب الذي تلقوه، بالإضافة إلى عدد قليل جدا من القضايا المتعلقة ذات الصلة.

معالجو السريرين Clinical Psychologists مثل مؤلفي هذا الكتاب الجامعي لابد أن يكونوا حاصلين على درجة الدكتوراه أو دكتوراه في علم النفس، والتي تتطلب من أربعة إلى سبعة أعوام من دراسة التخرج، فالتدريب من أجل الحصول على درجة الدكتوراه في علم النفس السريري يعتبر مشابها للتدريب في التخصصات السيكولوجية الأخرى، مثل علم الأعصاب التطوري أو المعرفي، حيث إنه يتطلب بحثا شاقا، وتأكيدا قويا على الأبحاث والإحصائيات، وعلم الأعصاب، والدراسات المبنية على أسس عملية والتي تقوم بدراسة السلوك البشري والحيواني، وكما هى الحال مع مجالات أخرى في علم النفس، فإن درجة الدكتوراه تعتبر درجة بحثية أساسية ويطلب من المرشحين أن يكتبوا شيئا عن الأسباب مطولا عن موضوع التخصص، غير أن المرشحين في علم النفس السريري يتعلمون



المعالجون النفسيون الإكلينيكيون
أثناء ممارسة العلاج النفسي

مهارات في منطقتين إضافيتين أخريين تميزان هؤلاء المرشحين عن المرشحين الآخرين لنيل الدكتوراه، فالمرشحون في علم النفس السريري، أولا، يتعلمون أساليب تقديم وتشخيص الاضطرابات العقلية، أي يعلمون المهارات الضرورية لتحديد ما إذا كانت أعراض التشخيص أو مشاكله تشير إلى إصابته بنوع معين من الاضطرابات. ثانيا، هم يتعلمون كيف يمارسون العلاج النفسي، ويتعلمون وسائل شفوية أساسية لمساعدة الأفراد الذين يعانون مشاكل، في تغيير أفكارهم، ومشاعرهم وسلوكهم وذلك لكي يقللوا الضغط، ويحققوا إشباعا أكبر للحياة، فالطلاب يأخذون كورسات يتعلمون فيها إتقان أساليب محددة تحت إشراف دقيق من المحترفين والمهنيين، وبعد ذلك، وفي أثناء العمل في فترة الامتياز يتحملون بالتدريج المسئولية عن الاهتمام بالمرضى.

وهناك برامج تخرج أخرى تركز بشكل أكبر على الممارسة السريرية أكثر من تركيز برامج الدكتوراه PHD التقليدية. ويعتبر علم النفس الاستشاري أحد هذه البرامج. فالطبيب النفسي الاستشاري يتعامل في الأصل مع قضايا تتعلق بالعطلات. وربما يكون تركيزهم هذه الأيام مشابهًا تماما لمجال اهتمام أولئك الذين يعملون في علم النفس السريري.

وهناك درجة جديدة نسبيا هي درجة Psy.D دكتوراه في علم النفس - والتي يكون المنهج فيها مشابها لمنهج الدكتوراه PhD والتي تطلب من الطلبة التركيز على التدريب في العيادات بشكل أكبر من التركيز على البحث. وتتلخص الفكرة من وراء ذلك، في أن علم النفس السريري قد سبق في مجال المعرفة واليقينية والتي تبرر - بل وحتى تتطلب - التدريب المكثف على أساليب معينة للتقييم و التدخل العلاجي بدلا من الخلط بين الممارسة والبحث، أما الأطباء النفسيون الحاصلون على درجة M.D، والذين حصلوا على تدريب ما بعد التخرج، والذين تتم دعوتهم إلى المقرر الذي حصلوا فيه على الإشراف على ممارسة التشخيص والعلاج الصيدلي تركيب دواء له مفعول نفسي ، وبفضل الدرجة الطبية، وعلى العكس من علماء النفس، يمكن للأطباء النفسيين أن يعملوا كالأطباء، يقدمون الفحص، والتشخيص للمشاكل الطبية، وما شابه ذلك. واعتبارًا من عام 2002، أصبح هناك ما يقرب من 90 ألف معالج نفسي سريري في الولايات المتحدة Duffy et al., 2004 . وبحلول عام 2003، اقترحت التقديرات أن هناك أكثر من معالجين نفسيين سريريين بشكل يفوق تقديم الخدمات، وهذا يؤثر سلبا على رواتبهم Robiner, 2006 . والأكثر من ذلك أن المعالجين النفسيين يقدمون العلاج النفسي بمعدل ثلاث مرات مقارنة بالعاملين بالخدمة الاجتماعية، وذلك طبقًا لدراسة مسحية لحوالي ألفي فرد ممن يتلقون خدمة الصحة النفسية Olfson & Marcus, 2010 .

يحصل الأطباء النفسيون Psychiatrists على درجة الماجستير في الطب، وتدريب بعد التخرج يسمي بالإقامة residency حيث يتلقون تدريبا في ممارسة التشخيص والعلاج

الدوائي إدارة الأدوية . وبحكم شهادة الطب - على النقيض من الأخصائيين النفسيين - يمكن للأطباء النفسيين أداء دور الأطباء في عمل الفحوصات الطبية، ووضع التشخيصات الطبية. وعلى أي حال، وفي الغالب الأعم، فإن الجانب الوحيد للممارسة الطبية الذي يشترك فيه الأطباء النفسيون هو وصف الأدوية ذات المفعول أو الأثر النفسي Psychoactive Medications، المركب الكيميائي التي يمكن أن يؤثر على الكيفية التي يشعر بها ويفكر بها الناس. وقد يتلقى الأطباء النفسيون بعض التدريب على المعالجة النفسية كذلك، بالرغم من أن ذلك لا يعتبر اهتماما قويا بالتدريب. وفي عام 2000 قدر عدد الأطباء النفسيين في الولايات المتحدة بأكثر من أربعين ألف طبيب نفسي Robiner, 2006 .

وقد ثار جدل واسع وحاد في الفترة الأخيرة وأحيانا يكون قاسيا، حول هل يتم السماح للعلماء النفسيين والذين حصلوا على تدريب مناسب بوصف الأدوية ذات الأثر النفسي؟ ومثل هذه الحركة قد تم معارضتها ليس فقط من قبل الأطباء النفسيين الذين تم اختراق مجالهم، ولكن أيضا عارضها علماء النفس الذين اعتبروها تقليلا من اهتمام العلم السلوكي الأساسي بالمرض، ويدخل في القضية سؤال آخر أيضا وهو، هل يمكن للشخص الذي لم يحصل على درجة M.D أن يتعلم بالقدر الكافي علم الأعصاب والكيمياء العصبية وذلك لتقليل تأثير العقاقير ولحماية المرضى من الآثار الجانبية غير المرغوبة، وتفاعلات الأدوية، وسوف يستمر هذا الجدل من غير شك لفترة من الوقت قبل أن يتم التوصل إلى حل.

ويتلقى أي محلل نفسي تدريبا متخصصا في أحد المعاهد التحليلية النفسية. ويتضمن البرنامج في المادة أو يشتمل على عدة أعوام من التدريب السريري وكذلك التحليل العميق للمتدرب. وحتى وقت قريب، كانت معاهد التحليل النفسي في الولايات المتحدة تطلب من خريجيها درجة M.D، والإقامة الطبية. أما في الوقت الحالي، فليس من الضروري أن يكون الفرد حاصلا حتى على درجة الدكتوراه في علم النفس لكي يتم قبوله. وقد يستغرق الأمر فترة طويلة قد تمتد إلى عشر سنوات من العمل لكي يصبح الخريج محللا نفسيا.

الممرضة السيكاتيرية Psychiatric nurse عادة تتلقى التدريب في البكالوريوس أو درجة الماجستير. ويمكن أيضا للممرضات أن يتلقين تدريبًا أكثر تخصصا يسمح لهن أن يصفن الأدوية النفسية. وهناك حاليا أكثر من ثمانية آلاف ممرضة في مجال الطب النفسي في الولايات المتحدة، ولكن يبدو أن هناك اتجاها نحو مزيد من التركيز على التدريب Robiner, 2006 .

وركزت أكثر برامج الدراسات العليا الأخرى على الممارسة السريرية من برامج الدكتوراه التقليدية. وهو علم النفس الإرشادي Counselling Psychology. فالمرشدون النفسيون يتعاملون أساسًا مع المشكلات المهنية؛ وتركيزها قد يكون اليوم مماثلا تماما لتلك في علم النفس السريري، وإن كان لا يزال أقل تركيزًا على الاضطرابات النفسية، وأكثر

على المشكلات الوقائية، والتعليم، والحياة العامة. فالمرشدون النفسيون يعملون في أماكن متنوعة بما في ذلك المدارس، وهيئات الصحة النفسية، والصناعة، ومراكز صحة المجتمع. وقدر عددهم في عام 2002 بحوالي خمسة وثمانين ألف مرشد نفسي في مجال الصحة النفسية . Robiner, 2006

أما العمال الاجتماعيون Social Workers الذين يحصلون على درجة M.SW أستاذ في العمل الاجتماعي فإن برامج التدريب تستغرق وقتا أقصر من برامج الحاصلين على درجة Ph.D أو الدكتوراه في الفلسفة، حيث إن الذين يتخرجون فى برامج العمل الاجتماعي يتلقون تدريبا في التقييم النفسي. وقدر عددهم في عام 2002 بحوالي مائة ألف أخصائي اجتماعي في الولايات المتحدة Duffy et al., 2004 .

يتعامل معالجو الاستشارات الزوجية والأسرية Marriage and family therapists مع الأسر أو الأزواج، وتركيزاً على الطرق التي تؤثر بها العلاقات المتنوعة في قضايا الصحة العقلية. البرامج المتخصصة في الزواج والعلاج الأسري يمكن أن تكون ماجستيرا أو دكتوراه. وهناك برنامج آخر M.S.W يقدم برامج متخصصة في العلاج الزواجي والأسري. في عام 2002، لم يكن هناك سوى أكثر من سبعة وأربعين معالجا زواجيا وأسريا في الولايات المتحدة، وأغلبهم حاصلون على درجة الماجستير.

الملخص :

إن دراسة علم النفس المرضي هي عبارة عن بحث في الأسباب التي تجعل الناس يتصرفون ويفكرون ويشعرون بطريقة مضطربة وغير متوقعة، وفي بعض الأحيان تبدو غريبة وأحيانا مضرة للذات. ومن المؤسف، أن الأفراد الذين يظهرون سلوكيات مضطربة أو المصابين بأحد الأمراض العقلية غالبا ما يتم إلصاق وصمة عار بهم، وتبقى عملية إزالة وصمة العار عن المرضى النفسيين تحديا كبيرا يفرض نفسه على مجال علم النفس المرضي.

وعند تقييم ما إذا كان السلوك مضطربا أم لا، فإن علماء النفس يدرسون العديد من الصفات المختلفة بما فيها الأسى الشخصي، والعجز، وخرق المعايير الاجتماعية وكذلك الاختلال الوظيفي، وتدلنا كل صفة على شيء معين حول ما يمكن اعتباره مضطربا أو غير طبيعي، ولكن لا يوجد من هذه الصفات أي صفة يمكن أن تمثل تعريفا كاملا وشاملا. ويشمل تعريف الدليل التشخيصي والإحصائي كل هذه الصفات.

ومنذ بداية التساؤل والبحث العلمي حول الاضطراب العقلي، ظهرت العديد من وجهات النظر الى ما وراء الطبيعية، والبيولوجية، والسيكولوجية، وقد اشتملت على الشعوذة القديمة، وهي تفترض أن هناك شياطين أو أرواحا شريرة تسيطر على الأفراد المصابين بأمراض عقلية، مما أدى إلى اتباع أساليب علاجية مثل طرد الأرواح Exorcism، وترجع أصول الآراء البيولوجية القديمة إلى كتابات أبقراط، فبعد سقوط

الحضارة اليونانية الرومانية، تضاءل صوت المفاهيم البيولوجية ولم تعد سائدة في أوروبا الغربية، وعلا صوت التفكير السحري أو منطق الشيطان، واكتسب المزيد من الاهتمام، كما ظهر ذلك من خلال اضطهاد السحرة المزعومين.

وبحلول القرن الخامس عشر تم احتجاز المرضى العقليين في ملاجئ، مثل بيت لحم، وقد كان العلاج في الملاجئ ضعيفا للغاية أو غير موجود بالمرة، إلى أن حدثت بعض الإصلاحات الإنسانية العديدة، فأنظمة التصنيف القديمة التي تقوم بتصنيف الاضطرابات العقلية، مهدت وأدت لإعادة إحياء المفاهيم البيولوجية في القرن الثامن عشر والقرن التاسع عشر، أما في القرن العشرين، فقد أصبحت العلاقة بين علم الوراثة وبين المرض العقلي مجالا بحثيا خصبا، وحاز المزيد من الاهتمام، على الرغم من أن نتائج الدراسات الوراثية قد تم استخدامها في تحديد المرضى النفسيين في حركة تحسين النسل.

وقد ظهرت وجهات النظر السيكولوجية في القرن التاسع عشر، وانبثقت من عمل تشاركوت والكتابات الأصلية لكل من براون وفرويد. وقد أكدت نظرية فرويد على مراحل التطور الجنسي النفسي، وعلى أهمية العمليات التي تحدث في اللاوعي، مثل الكبت والآليات الدفاعية، والتي يمكن إرجاعها إلى الصراعات التي حدثت في الطفولة المبكرة. وتقوم التدخلات العلاجية التي تعتمد على نظرية التحليل النفسي، باستخدام أساليب وتقنيات مثل التداعي الحر، وتحويل الانتقال، في محاولة للتغلب على مشاعر الكبت بحيث يمكن للمرضى أن يواجهوا صراعاتهم ويفهمونها، ويجدون طرقا وأساليب أكثر صحية للتعامل معها. وقد أجرى المنظرون الذين جاءوا بعد ذلك مثل أدلر، ويونج تغييرات عديدة على أفكار فرويد الأساسية، وأكدوا على عوامل مختلفة في تصوراتهم حول العلاج.

وقد افترضت النظرية السلوكية أن السلوك يتطور من خلال التشريط الكلاسيكي، والتشريط الفعال، والنمذجة أو الاقتداء، وقد قدم ب. ف سكينر أفكارا للتدعيم الإيجابي والسلبي، وأوضح أن التشريط الفعال يمكنه أن يعمل على تشكيل السلوك، ويحاول المعالجون النفسيون أن يطبقوا هذه الأفكار وذلك من أجل تغيير السلوك غير المرغوب والأفكار والمشاعر غير المرغوبة.

وهناك العديد من المهن المتعلقة بالصحة النفسية، وهي تشمل أخصائي النفسي الإكلينيكي وأخصائي النفسي الاستشاري، والطبيب النفسي، والمحلل النفسي، والقائم بالعمل الاجتماعي، وعالم النفس المرضي، وكل مهنة من هذه المهن، أو كل واحد من هؤلاء يحصل على تدريب مختلف ومتفاوت في المدة، ودرجة تأكيد مختلفة على البحث، والتقييم النفسي، والعلاج النفسي، وعلم الأدوية النفسية.

2

الفصل الثانى

النماذج الراهنة في علم النفس المرضي

الفصل الثاني

النماذج الراهنة في علم النفس المرضي

ترجمة

د/ نادية عبد اللـه الحمدان

الأهداف التعليمية ... أن تكون قادرًا على:

1- القـدرة عـلى وصـف أساسـيات الـنماذج الخاصـة بعلـم الوراثـة، والعصـبية، والسـلوكية المعرفية.

2- القدرة على وصف مفهوم الانفعال، وما الصلة بينه وبين علم النفس المرضي.

3- القدرة عـلى تفسـير كيفيـة تـدخل العوامـل الثقافيـة والعرقيـة والنفسـية الاجتماعيـة في الدراسة والعلاج داخل علم النفس المرضي.

4- القدرة على إدراك القصور التي تحكم عملية تبني أي نموذج واحد، وأهمية دمج النماذج عبر العديد من مستويات التحليل.

ذكرنا في الفصل الأول أننا نواجه تحديا هائلا عندما نحاول الحفاظ على موضوعيتنا عنـد محاولة فهم ودراسة علم النفس المرضي psychopathology بشـكل علمـي. وإن العلـم يعـد مشروعا بشريا لتغطية أوجه القصور البشري للعلماء، ويقيـده كـذلك الوضـع الحـالي للمعرفـة العلمية. فلا يمكننا طرح تساؤلات أو دراسة ظواهر تفوق قدرة البشر على الفهم، بل إنـه مـن الصعب جدا التطرق إلى أشياء تفوق مـا نفهمـه نحـن الآن. ونحـن نـرى أنـه يجـب بـذل كـل الجهود لدراسة علم النفس المرضي وفقا للمبادئ العلمية. لكن العلـم لا يعـد مشروعـا يقينيـا وموضوعيا بدرجة كبيرة. فالأصح - كما يقول فيلسوف العلم "توماس كـون" Thomas Kuhn 1962 أن هناك عوامل ذاتية بالإضافة إلى أوجه القصور البشري تتـداخل مـع مسـلك البحـث العلمي.

إن "كون" Kuhns يـرى أن فكـرة النمـوذج Paradigm تعـد فكـرة أساسـية في النشـاط العلمي، والنموذج هو إطار أو منهج نظـري يعمـل العـالم مـن خلالـه، أي أنـه مجموعـة مـن الافتراضات الأساسية أو منظـور عـام يحـدد كيفيـة تصـور ودراسـة أحـد الموضـوعات، وكيفيـة تجميع وتفسير البيانات المتعلقـة بـذلك الموضـوع، بـل وكيفيـة التفكـير في موضـوع معـين *.

* لقد انتقد "وليام دونو" O-Donohue 1993 قيام "كون" Kuhn باستخدام مفهوم المنهجية مشـيرا إلى وجود تضارب في تعريفه. والمشكلات الخاصة بذلك الجدل تخرج عـن نطـاق هـذا الكتـاب. فيكفـي أن نقول إنه من المفيد أن يكون مفهوم المنهجية هو المفهوم المحوري الذي ينتظم حولـه تفكيرنـا المتعلـق بالاضطرابات النفسية. فنحن نستخدم هذا المصطلح للإشارة إلى المنظورات العامة التـي تقيـد الطريقـة التي يستخدمها العلماء في جمع وتفسير المعلومات في إطار الجهد الـذي يبذلونـه مـن أجـل فهـم هـذا العالم.

ويترتب على النموذج نتائج عميقة تتعلق بكيفية ممارسة العلماء للبحث العلمي في أي وقت من الأوقات. فالنماذج تحدد المشكلات التي سيقوم العلماء بدراستها وكيفية القيام بتلك الدراسة. والنموذج - بكلمات ملموسة - يمكن تشبيهه بمنظور عام أو نظري، أي ميل إلى التركيز على عوامل بعينها دون غيرها.

وفي هذا الفصل نقوم بدراسة النماذج الراهنة في علم النفس المرضي وطريقة تناولها. وسوف نقدم ثلاثة نماذج تسترشد بها عملية دراسة وتناول علم النفس المرضي: أ علم الوراثة genetic، و ب العلوم العصبية neuroscience، و ج السلوكية المعرفية cognitive behavioural. كذلك سنقوم بدراسة الدور المهم للانفعالات والعوامل الاجتماعية الثقافية في علم النفس المرضي. إن هذه العوامل تمثل طريقا مختصرًا يمر بجميع تلك النماذج، وتعد ذات أهمية فيما يتعلق بوصف وأسباب وعمليات العلاج الخاصة بجميع الاضطرابات التي سنقوم بمناقشتها في هذا الكتاب.

إن التفكير الراهن الذي يتناول علم النفس المرضي يُعد متعدد الجوانب. والعمل الذي يقوم به الأطباء السريريين والباحثين يعبر عن وعي بنقاط القوة وجوانب القصور لعدد من النماذج. ولهذا السبب نجد أن الرؤى الراهنة الخاصة بعلم النفس المرضي وطريقة تناوله تقوم كالمعتاد بالدمج بين العديد من النماذج. وسنقوم في نهاية هذا الفصل بتوصيف نموذج آخر الاستعداد والمشقة diathesis - stress والتي يعد بمنزلة الأساس لمنهج تكاملي.

وبالنسبة للباحثين والأطباء السريريين نجد أن اختيار أحد النماذج له بعض النواتج المهمة بالنسبة للطريقة التي يستخدمونها لتعريف ودراسة ومعالجة علم النفس المرضي. وسوف توضح المناقشة التي سنقدمها عن النماذج الأسس الخاصة بدراسة الفئات الكبرى من الاضطرابات، وكذلك الخاصة بالتدخل العلاجي والتي تحتل بقية الكتاب. ومن المهم أن نشير في البداية إلى أنه لا يوجد نموذج واحد يقدم التصور "الكامل" لعلم النفس المرضي. فالصحيح - بالنسبة لمعظم الاضطرابات - هو أن كل نموذج يقدم لنا بعض المعلومات المهمة المتعلقة بعلم الأمراض العلم الذي يبحث في أسباب الأمراض والعلاج، لكنه لا يقدم لنا سوى جانب واحد فقط من الحقيقة.

النموذج الوراثي The Genetic Paradigm:

"الجين لا يجعلك ذكياً، أبكم، وقحاً، مؤدباً، مكتئباً، سعيداً، موسيقياً، أصم، رياضياً، أديباً، غير مهتم. هذه السمات تأتي من تفاعل معقد مع النظام الدينامي. كل يوم في حياتك يساعد على تشكيل الجينات النشطة. فحياتك هي تفاعل مع جيناتك" Shenk, 2010, p.27 .

في عام 2003، تم الاحتفال بالذكرى الخمسين لاكتشاف بنية الـ DNA التي تكون لولباً مزدوجاً. وصاحب ذلك طفرة فعلية للمعلومات المتعلقة بعلم الوراثة البشري خلال

السنوات العشر الماضية. وكان النموذج الوراثي بمنزلة الدليل لعدد من الاكتشافات المتعلقة بالجينات والسلوك البشري بداية من أوائل القرن العشرين. لكن التغيرات التي طرأت مؤخرا غيرت طريقة تفكيرنا في الجينات والسلوكيات. فنحن لم نعد نتساءل "هل الطبيعة أم التنشئة هي المسئولة عن السلوك البشري"؟ فنحن نعرف الآن أن: 1 جميع السلوكيات تقريبا موروثة إلى حد ما أي لها علاقة بالجينات ، 2 على الرغم من ذلك لا تعمل الجينات بمعزل عن البيئة. فالذي يحدث هو أنه خلال عمر الإنسان تقوم البيئة بتشكيل كيفية التأثير الظاهري للجينات، وكذلك تشكل الجينات الخاصة بنا بيئاتنا Plomin et al., 2003; Rutter & Silberg, 2002; Turkheimer, 2000 .

ويطلق على أحدث الطرق لتخيل الجينات والبيئة "الطبيعة من خلال التغذية" Ridley, 2003 . أي أن الباحثين يبحثون في كيفية تأثير المؤثرات البيئية - مثل التوتر والعلاقات بين الناس والثقافة الجانب الخاص بالتنشئة - في تحديد الجينات التي تعمل والتي لا تعمل، وكيفية تأثير الجينات الجانب البيئي على أجسادنا وعقولنا. وهذه الاكتشافات الجديدة توضح أن الطبيعة والتغذية تعملان سويا وليس على نحو مضاد لبعضهما البعض، وتوضح كذلك أنه لا يمكننا تحديد السلوكيات التي تتسبب فيها الطبيعة والسلوكيات التي تتسبب فيها التغذية. فنحن نعرف بدلا من ذلك أنه بدون الجينات قد لا يكون أحد السلوكيات ممكنا، أما بدون البيئة فلا يمكن للجينات أن تُظهر نفسها في صورة خصائص ظاهرية، وبالتالي لا يكون لها دور في إظهار ذلك السلوك. إن الجينات تتميز بمرونة كبيرة في الاستجابة لأنواع مختلفة من البيئات، وبالتالي نجد أن البشر يتمتعون بقدرة كبيرة على التكيف مع البيئات المختلفة.

عندما تتحد البويضة - الخلية التناسلية للأنثى - مع الحيوان المنوي لدى الذكور، وتسمي في هذه الحالة بالبويضة الملقحة، أو البويضة المخصبة، والتي تحتوي على 46 كروموسوماً، تمثل عدد الخصائص المميزة لإنسان. ويتكون كل كروموسوم من العديد من الجينات، التي تحمل المعلومات الوراثية DNA المنقولة من الوالدين إلى الطفل.

في عام 2001 أعلنت مجموعتان مختلفتان من الباحثين أن الخريطة الجينية للبشر تتكون من حوالي 30 ألف جين. وهذا الرقم تم تعديله حيث انخفض ما بين 20 إلى 25 ألف جين Human Genome Project, 2008 . ففي البداية كان هذا الخبر يمثل مفاجأة، حيث إن الباحثين كانوا يعتقدون أن الخريطة الجينية للبشر تتكون مما يقرب من 100 ألف جين. حيث تحتوي ذبابة الفاكهة وحدها على 14 ألف جين، وبالتالي اعتقد الباحثون أن البشر بكل تأكيد أكثر تعقيدا بمراحل من هذه الذبابة! إلا أن أحد الجوانب المثيرة لهذا الاكتشاف - وهو ما اتضح بعد ذلك - هو ما أظهره عدد كبير من معامل الجينات من أن عدد الجينات ليس هو العامل الأهم. فالذي يجعل البشر متفردين هو تتابع أو تنظيم هذه

الجينات وكذلك ظهورها في صورة خصائص ظاهرية. فإن الجينات مسئولة أساسا عن صناعة البروتينات التي تقوم بدورها بتشغيل الجسم والعقل. وتقوم بعض هذه البروتينات بإيقاف عمل أو تشغيل بعض الجينات الأخرى، وتسمى هذه العملية التعبير الجيني gene expression. وأدت معرفتنا عن مرونة الجينات وكيف تعمل أو تتوقف عن العمل إلى إغلاق الباب في وجه المعتقدات التي تقول باستحالة تفادي تأثيرات الجينات سواء كانت الطبيعية أو غير ذلك. فالمعلومات المستقاة لا تدعم في كثير من الأحيان الفرضية التي تقول بأنه إذا كان لديك الجين المسئول عن ظهور الصفة X فسوف تظهر تلك الصفة بالضرورة، وهو ما سنوضحة في هذا الكتاب. وبالنسبة لمعظم الأمراض النفسية، لا يحتمل أن يكون هناك جين واحد فقط يؤدي إلى إمكانية التعرض لتلك الأمراض. إن علم الأمراض العقلية متعدد الجينات Polygenic، أي أن العديد من الجينات - التي يمكن أن تكون عاملة في أوقات مختلفة خلال عملية النمو - ستكون هي أساس قابلية التعرض للإصابة بالأمراض بسبب الجينات.

لهذا فنحن لا نرث الأمراض العقلية من جيناتنا، بل نحن نطور الأمراض العقلية من خلال تفاعل جيناتنا مع بيئتنا Shenk, 2010 . هذه نقطة مهمة جدا ولكنها دقيقة. فمن السهل الوقوع في طريقة التفكير بأن الفرد يرث الفصام من خلال جيناته. لكن الأبحاث الجينية هذه الأيام تخبرنا بأن الفرد يطور الفصام من حدوث التفاعل بين الجينات والبيئة- كما يحدث بين الجسم الهرمونات على سبيل المثال، المخ، والجينات الأخرى .

ومن المصطلحات المهمة التي سنستخدمها في هذا الكتاب مصطلح الوراثة **heritability**. ولسوء الحظ عادة في منتهى السهولة إساءة استخدام هذا المصطلح أو إساءة فهمه. فالوراثة تشير إلى أن مدى التغير في سلوك معين أو أحد الاضطرابات في أحد المجتمعات السكانية يرجع إلى العوامل الجينية. وهناك نقطتان مهمتان بالنسبة لقابلية الانتقال بالوراثة يجب حفظهما عن ظهر قلب:

1- تقدر الوراثة بمدى يتراوح ما بين 0.0 إلى 1.0، وكلما زاد الرقم زاد معدل قابلية الانتقال بالوراثة.

2- الوراثة تتعلق فقط بالمجتمعات السكانية أكثر من فرد بعينه. ومن ثم فمن الخطأ التحدث عن قابلية التوريث لشخص واحد لسلوك أو اضطراب معين. فمعرفة أن قابلية توريث اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة ADHD تبلغ حوالي 0.70 لا تعني أن 70 بالمائة من إصابة جين بهذا المرض ترجع إلى الجينات الخاصة بها و30 بالمائة ترجع إلى عوامل أخرى. فالمعنى هنا هو أنه في أحد المجتمعات السكانية ولتكن عينة كبيرة من الناس في إحدى الدراسات ينظر إلى التغير في اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة ADHD على أنه يعود إلى 70 بالمائة

عوامل جينية و30 بالمائة عوامل بيئية. أي لا يوجد وراثة في اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة أو أي اضطراب لفرد معين.

وهناك عوامل أخرى مهمة في مجال الأبحاث الجينية تضم عوامل بيئية. فنجد أن العوامل الخاصة بالبيئة المشتركة Shared environment تشتمل على هذه الخصائص التي يشترك فيها أفراد إحدى العائلات، مثل مستوى دخل العائلة، وطرق تنشئة الأطفال، والحالة الاجتماعية للوالدين، وجودتها. أما العوامل الخاصة بالبيئة غير المشتركة Nonshared environment فتشمل تلك الخصائص التي تعد مختلفة فيما بين أفراد إحدى العائلات، مثل علاقات أفراد العائلة بأصدقائهم أو أحداث معينة تخص أحد أفراد العائلة دون غيره مثل التعرض لحادث سيارة أو الاشتراك في فريق السباحة على سبيل المثال ، وتعد هذه العوامل ذات أهمية في فهم السبب في الاختلاف الكبير الذي يمكن أن يميز بين أخوين من ذات العائلة. وتشير الأبحاث إلى أن التأثير الذي تتركه الأحداث الخاصة بالبيئة غير المشتركة على الإخوة والأخوات هو الجانب الأكثر أهمية في فهم التنوع الجيني فيما بين الإخوة والأخوات، وليس الأنماط المحددة من الأحداث Turkheimer & Waldron, 2000 . ولندرس أحد الأمثلة على ذلك. "جيسن" Jason رجل يبلغ الرابعة والثلاثين من العمر يدمن المشروبات الكحولية ويحاول جاهدا الاحتفاظ بوظيفته. شقيقته جون Jaon تبلغ من العمر الثانية والثلاثين وتعمل كمديرة تنفيذية في إحدى شركات الكمبيوتر في مدينة سان جوزيه ولا تعاني مشكلات تتعلق بالمشروبات الكحولية أو المخدرات. لم يكن لـ "جيسن" الكثير من الأصدقاء عندما كان طفلا، أما "جون" فكانت إحدى أشهر الفتيات في المدرسة الثانوية. فمن الممكن أن تكون علاقة الأخ وأخته بزملائهما قد أثرت عليهما تأثيرًا متباينا، وبالتالي أثرت تلك العلاقة تأثيرًا مختلفًا على التعبير الجيني وكذلك الانتقاء البيئي بين الأخ وأخته مما أدى إلى اختلاف شخصياتهما بعد البلوغ.

نستعرض الآن اتجاهين شاملين تشتمل عليهما منهجية علم الوراثة بما في ذلك علم الوراثة السلوكية وعلم الوراثة الجزيئية. ثم نقوم بعد ذلك بمناقشة الأدلة المثيرة على طرق تفاعل الجينات مع البيئات. ويعد ذلك تمهيدا للمناقشة التي سنقدمها في مرحلة لاحقة في هذا الفصل وتتناول منهجية تكاملية.

أ - السلوك الوراثي Behaviour Genetics:

عند اتحاد البويضة - وهي الخلية التكاثرية في الأنثى - مع الحيوان المنوي الخاص بالذكر تنتج الزيجوت، أو بويضة مخصبة. والزيجوت تحتوي على 46 كروموسوم، وهو عدد الكروموسومات الذي يميز البشر عن غيرهم. وكل من هذه

الكروموسومات يتكون من آلاف الجينات التي تحمل المعلومات الوراثية DNA التي تنتقل من الأب إلى الابن.

علم الوراثة السلوكي هـو دراسـة الدرجـة التـي تـؤثر فيهـا العوامـل الجينـات والبيئـة في السلوك. وبشكل أكثر وضوحًا، فإن علم الوراثة للسلوك ليس الهدف منه دراسة كيفية تحديـد الجينات أو البيئة للسلوك. فالدراسات المتعددة لعلم الوراثـة للسـلوك تركـز عـلى تقـدير دور الوراثة في المـرض العقـلي، دون تقـديم أي معلومـات عـن كيفيـة عمـل الجينـات. ويشـار إلى التركيب الجيني الكلي لأحـد الأفـراد - الـذي يتـألف مـن الجينـات الموروثـة- بـالنمط الجينـي genotype وهو الناتج الجسمي لـ DNA ، وهو البنية الجينية غير الملاحظة الخاصـة بـالفرد. في مقابل ذلك نجد أن المجموع الكلي للخصائص السـلوكية الملاحظـة - مثـل مسـتوى التـوتر- يُشار إليها بالنمط الظاهري phenotype.

قد عرفنا "التعبير الجيني" في وقت سـابق: بأنـه "لا ينبغـي أن ينظـر إلى التركيـب الـوراثي ككيان ثابت". فإيقاف الجينات يتم في أوقات محددة، على سبيل المثال، التحكم في الخصـائص المختلفة للنمو. بالإضافة إلى البرامج الوراثية تتسـم بالمرونـة الكبـيرة - فهـي تسـتجيب بطـرق لافتة للنظر لما يحدث لنا.

والنمط الظاهري يتغير بمرور الوقت، وينظر إليه بصفة عامة على أنـه نتـاج تفاعـل بـين النمط الجيني والبيئة. فيمكن عـلى سـبيل المثـال أن يولـد شـخص ولديـه قـدرة عـلى الإنجـاز العقلي المرتفع، لكن احتمال قيام هذا الشخص بتنمية هذه القدرة الوراثية يعتمد على عوامـل بيئية مثل التربية والتعليم. وبالتالي فمن الأفضل النظر إلى أي مقياس للذكاء العقـلي عـلى أنـه يشير إلى النمط الظاهري.

وقـد أوضـحت دراسـة حديثـة قـام بهـا "تيرخيمـر" Turkheimer وزمـلاؤه 2003 كيفية تفاعل الجينات والبيئة لتأثير في الذكاء العقلي. وأظهرت العديد مـن الدراسـات أن الذكاء العقلي يتمتع بنسبة عالية من القابلية للتوريث e.g., Plomin, 1999 . إلا أن ما اكتشفه "تيرخيمر" وزملاؤه أن قابلية التوريث تعتمد على البيئـة. وكانـت تلـك الدراسـة تشمل 319 من أزواج التـوائم الـذين يبلغـون السـابعة مـن عمـرهم 114 مـن التـوائم المتطابقة، و205 من التوائم غير المتطابقـة . وكـان الكثـير مـن هـؤلاء الأطفـال يعيشـون وسط عائلات تعيش تحت خط الفقر أو تحصل على دخل مـنخفض. وكانـت نسـبة 60٪ من التباين في حاصل الـذكاء العقـلي للأطفـال الـذين ينتمـون إلى عـائلات تتمتـع بمنزلـة اجتماعية واقتصادية منخفضة SES تعزى إلى البيئـة. واكتشـفت الدراسـة نقـيض ذلـك بالنسبة للأطفال الذين ينتمون إلى عائلات تتمتع بمنزلة اجتماعية واقتصادية مرموقة، أي أن التباين في الـذكاء يعـود إلى الجينـات أكـثر منـه إلى البيئـة. وهكـذا نجـد أن التواجـد

في بيئة فقيرة يمكن أن تكون له آثار ضارة على حاصل الذكاء العقلي، أما التواجد في بيئة أكثر ثراء فيمكن ألا يكون ذا فائدة كبيرة. ومن المهم أن نشير إلى أن هذه النتائج الشيقة للدراسة تستند إلى درجات حاصل الذكاء العقلي - وهو مقياس يقيس ما يعده علماء النفس ذكاء - وليس إلى الإنجاز وسوف نتناول هذه النقطة بالمزيد من النقاش في الفصلين الثالث عشر والرابع عشر .

فمثل هذه التفاعلات بين الجينات والبيئات تعد "النظرة الحديثة" في البحث الوراثي للسلوك Moffitt, 2005 ، وسنناقش دراسات إضافية توضح كيفية عمل الجينات والبيئة معًا. وفي الفصل الرابع، سنركز على التصميمات البحثية الرئيسة المستخدمة في البحث الوراثي للسلوك - تشمل دراسات الأسرة، والتوائم، والتبني - لتقدير القابلية للتوريث للاضطرابات المختلفة.

ب- علم الوراثة الجزيئي Molecular Genetics:

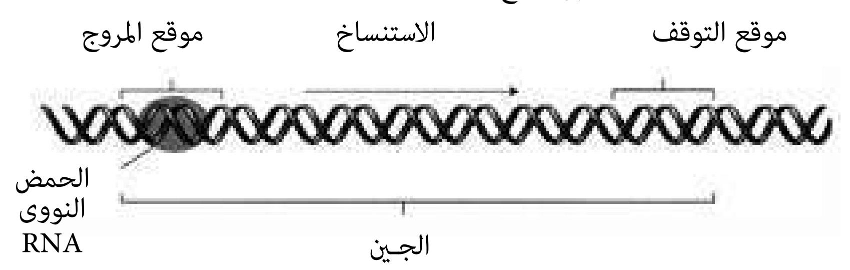
تهدف الدراسات الخاصة بعلم الوراثة الجزيئي إلى اكتشاف ما يمكن توريثه بالضبط من خلال تحديد جينات معينة ووظائفها. تذكر أن الإنسان لديه 46 كروموسوما 23 زوجا كروموسوميا ، وأن كلا منهما يتكون من آلاف الجينات التي تحتوي على DNA انظر شكل 2-1 . وتوجد الجينات المتشابهة alleles في نفس الموقع أو الموضع الموجود فيه أحد أزواج الكروموسومات. ويشير مصطلح التعدد الشكلي الجيني polymorphism إلى اختلاف نواتج DNA في جين الذي يظهر في أحد المجتمعات السكانية.



شكل 2-1 يوضح ضفيرة من DNA
تحتوي على أربع مواد كيميائية أساسية

إن ما تقوم به الجينات يعد عملية معقدة لا تزال خاضعة للدراسة. فما نعرفه هو أن الجينات تتكون من DNA يستنسخ إلى RNA حمض نووي ريبي . وفي بعض الحالات يتم بعد ذلك تحويل RNA إلى أحماض أمينية، تقوم بعد ذلك بتكوين البروتينات، وتقوم البروتينات بتكوين الخلايا انظر شكل 2-2 . وتتضمن عملية التعبير الجيني ظهور أثر

الجينـات في صـورة خصـائص ظاهريـة أيضـاً أنواعـا معينـة مـن DNA تـدعى المـروجين promoters. وتقـوم بروتينـات معينـة تـدعى عوامـل الاستنسـاخ transcription factors بالتعرف على هؤلاء المـروجين. وتعـد عوامـل المـروجين والاستنسـاخ بـؤرة اهـتمام الكثـير مـن الأبحاث الجديدة في مجال علم الوراثة الجزيئي وعلم الأمراض النفسية. ويعد ذلك كله نظامـا معقدا تعقيدا مبهرا، وتؤدي التغيرات التي تحدث خلال تلك العملية - مثـل تكـوين تركيبـات أو تتابعات مختلفة من الأحداث - إلى نتائج مختلفة.



شكل 2-2 يوضح استنساخ الجين، وهي عملية تحويل DNA إلى الحمض النووي الريبي RNA. وفي بعض الحالات، يتحول الحمض النووي الريبي إلى الأحماض الأمينية، والتي تشكل البروتينات، تكون البروتينات الخلايا.

في السنوات العشر الماضية، ركز البحث في علم الوراثة الجزيئي على تحديد الفـروق بـين الأفراد في نتائج جيناتهم، وبناء هذه الجينات. وأحد المجالات موضع الاهـتمام في دراسـة نـاتج الجين يشمل تحديـد مـا يسـمي النوكليوتيـد الأحـادي متعـدد الأشـكال single nucleotide polymorphisms أو SNPs القصاصـات المعلنـة pronounced snips . وتشـير SNP إلى الفروق بين الأفراد في النوكليوتيد الأحادي A, T, G, or C: انظـر شـكل 2-3 الخاصـة بنـاتج DNA لجـين محـدد. فشـكل 2-1 يوضـح شـكل SNP كـما يبـدو في ضـفيرة DNA. فهـو حلقــي الشــكل، ويشــير إلى النوكليوتيد الأحادي المختلف بين هـاتين الضـفيرتين. هنـاك أكثر الأنواع شيوعًا من متعدد



شكل 2-3 يوضح الفروق بين الأفراد في النوكليوتيد الأحادي، فالضفيرتين تشبه بعضها فيما عدا في النوكليوتيد الأحادي A ويقابله G

الأشكال في الجينوم البشري human genome، فهناك حـوالي 10 ملايـين SNP تـم تحديـدها، وتم دراستها لدي الفصام، والتوحد، واضطرابات المزاج.

مجال آخر للاهتمام في دراسة الفروق بين الأفراد في بناء الجين، يشمل تحديد ما يسمي الاختلافات في عدد النسخ CNVs copy number variations . فالمصطلح يشير إلى خلل عدد النسخ CNVs لواحد أو أكثر من أجزاء DNA داخل الجين. وهذا الخلل قد يكون في صورة إضافات - حيث زيادة في عدد النسخ المختلة - أو في صورة حذف - وهي فقدان نسخ. على الأقل هناك 5 في المائة من الأفراد تحتوي على اختلافات في عدد النسخ، والتي قد تكون موروثة من الآباء أو ما تسمي الطفرات العفوية spontaneous mutations - وهي التي تظهر لأول مرة لدى الأفراد. وسوف نناقش الدراسات التي تحدد خلل عدد النسخ CNVs في الاضطرابات المختلفة، مثل الفصام الفصل 9 ، والذاتوية واضطراب نقص الانتباه وفرص الحركة الفصل 13 .

ويستطيع الباحثون الذين يدرسون الحيوانات بشكل فعلى تحديد جينات معينة ثم مراقبة أثر ذلك على سلوك تلك الحيوانات. ويمكن الحصول على جينات معينة من DNA للفئران، وكثيرا ما يطلق على تلك الدراسات "دراسات الإزالة knockout studies". فنجد مثلا أن الجين المسئول عن مستقبلة معينة للناقل العصبي سيروتونين تسمى 5HT1A جرى إزالته من الفئران قبل مولدها. والنتيجة هي أنه ظهر عليها ما يمكن وصفه بأنه نمط قلق. وقامت إحدى الدراسات باستخدام أسلوب جديد لإزالة هذا الجين مؤقتا فقط، ومن المثير أن تلك الدراسة اكتشفت أن استعادة هذا الجين في مرحلة مبكرة من النمو أدت إلى الحيلولة دون ظهور سلوك القلق في الفئران البالغة Gross et al., 2002 . ويعد ذلك مجالا رئيسا من مجالات الأبحاث الجينية الجزيئية، إلا أن الربط بين البشر ونتائج هذه الدراسات التي تجرى على الحيوانات يبقى تحديا يواجه هذا الحقل البحثي.

التفاعلات بين الجين والبيئة Gene-Environment Interactions :

أشرنا من قبل إلى أن الجينات والبيئة تعملان جنبا إلى جنب. إن خبرات الحياة تحدد كيفية التعبير الجيني، وتكون الجينات الخاصة بنا بمثابة المرشد لسلوكياتنا التي تؤدي بنا إلى اختيار خبرات مختلفة. ومصطلح التفاعل بين الجينات والبيئة يعني أن حساسية أحد الأشخاص أو رد فعله تجاه أحد الوقائع البيئية تتأثر بالجينات.

ولنأخذ مثالا بسيطا من مخيلتنا . إذا كان هناك شخص لديه جين XYZ فيمكن أن يكون رد فعله تجاه لدغة ثعبان هو الإصابة بالخوف من الثعابين. أما الشخص الذي لا يملك هذا الجين فلن يصاب بالخوف من الثعابين إذا لدغه أحدهم. وهذه العلاقة البسيطة تشمل كلا من الجينات جين XYZ وواقعة بيئية لدغة ثعبان .

وهناك مثال آخر حقيقي على التفاعل بين الجينات والبيئة يتعلق بالاكتئاب. ففي إطار دراسة طولية، بدأ الباحثون في مراقبة عينة كبيرة من الأطفال في نيوزيلندا في سن

الخامسة حتى وصلوا إلى منتصف العشرينات من عمرهم Caspi et al., 2003 . وقام الباحثون خلال ذلك الوقت بتقييم عدد من المتغيرات تشمل سوء المعاملة أثناء الطفولة المبكرة الإساءة الجسدية والاكتئاب بعد البلوغ. وقاموا أيضاً بقياس جين معين يدعى جين السيروتونين الناقل 5-HTT Serotonin transporter gene . وهذا الجين متعدد الأشكال إلى درجة أن بعض الناس لديهم أليين alleles قصيرين، والبعض لديه أليين طويلين، والبعض الآخر لديه ألين قصير وآخر طويل. ووجد الباحثون أن الأفراد الذين لديهم تركيبة جين 5-HTT التي تتكون من أليين قصيرين أو التركيبة التي تتكون من جين قصير وآخر طويل وتعرضوا أطفالا لسوء المعاملة ازداد احتمال إصابتهم بالاكتئاب بعد البلوغ أكثر منه بالنسبة للأفراد الذين يحملون نفس التركيبة الجينية ولم يتعرضوا أطفالا لسوء المعاملة أو الأفراد الذين تعرضوا أطفالا لسوء المعاملة لكنهم يحملون التركيبة الجينية التي تتكون من أليين طويلين.

وهكذا لم يكن وجود الجين كافيا للتنبؤ بالإصابة بالاكتئاب، ولم يكن التعرض للتوتر أثناء الطفولة كافيا لذلك أيضاً. فتلك التوليفة المميزة من التركيبة الجينية والوقائع البيئية هي التي تتنبأ بالإصابة بالاكتئاب. وقد اكتشف الباحثون حدوث نفس ذلك التفاعل الجيني البيئي عند وجود جين واحد قصير من الجينات على الأقل مع التعرض لوقائع حياتية شاقة. أي أن الأفراد الذين تعرضوا لقدر كبير من الأحداث الحياتية المشقة، وكانوا يحملون جينا واحدا قصيرا على الأقل من جين 5-HTT ازداد خطر إصابتهم بالاكتئاب. وسوف يتم عرض نتائج دراسات من مجموعات مختلفة للباحثين انظر الفصل الرابع عن النسخ المتماثل replication ، خاصة عندما ركزت الدراسات على المقابلة كمقياس للمشقة، كما سنناقشها في الفصل الثالث Caspi et al., 2010 .

وهناك تطورات مثيرة في هذا المجال بالنسبة للحيوانات. وفي هذه الدراسات يقوم الباحثون بتنوع في البيئات المختلفة ثم يقومون بقياس التغيرات التي تطرأ على السلوك والتعبير الجيني. ويطلق على الدراسة التي تبحث في كيفية تغيير البيئة للتعبير الجيني أو وظائف الجينات اسم علم التَّخَلُّق epigenetics. ويشير مصطلح علم التَّخَلُّق إلى أنه "فوق أو خارج الجين"، وكذلك يقصد بالمؤشرات الكيمائية التي تلتصق أو تحمي DNA داخل كل جين. هذه العلامات التخلقية تتحكم في تعبير الجين، كما تؤثر البيئة بشكل مباشر في هذه العلامات Karg et al., 2011; Zhang & Meaney, 2010 .

لقد أوضح دارلين فرانسيس Darlene Francis - في إطار سلسلة من الدراسات المبهرة على الجرذان - أن السلوك الخاص بأسلوب تربية الأبناء يمكن أن ينتقل إلى الأبناء بعيدا عن الجينات. وأسلوب التربية المثالي عند الجرذان عبارة عن الكثير من اللعق وتنظيف الفراء LG وما يطلق عليه الإرضاع والظهر متقوس ABN . وتختلف

الأمهات في مدى أدائها لتلك السلوكيات الخاصة باللعق والتنظيف، إلا أن الأمهات اللائي يقمن بها أكثر من غيرهن عادة ما يكون لديهن صغار أقل تفاعلا مع الضغط عند البلوغ. واكتشف فرانسيس وزملاؤه 1999 أن الصغار الذين ولدوا لأمهات أقل ممارسة لسلوك اللعق والتنظيف والإرضاع والظهر متقوس وقامت أمهات أخرى تمارس هذا السلوك بكثرة بتربيتهم وتسمى هذه الطريقة بطريقة التبني تبادلية التربية cross-fostering adoptee method، وسوف نناقشها بتفصيل أكثر في الفصل الرابع أصبحوا أقل تفاعلا مع الضغط عندما كبروا وبدأوا يمارسون السلوك السابق ذكره بكثرة تماما مثل الأمهات أنفسهن. وعندما ولدوا صغارا، كان هؤلاء "الأحفاد" أيضاً أقل تفاعلا مع الضغط وأكثر ممارسة للسلوك السابق ذكره. وهكذا انتقل هذا الأسلوب التربوي على مدى جيلين بعد عملية التبني. فهل هذا يشير إلى أن الجينات لا أهمية لها؟ إن السلوك الخاص بالأم التي تبنت الصغار هو الذي انتقل إلى الأجيال التالية وليس السلوك الخاص بالأم البيولوجية، الأمر الذي قد يوحي بأن ذلك يعد أثرا بيئيا.

إلا أن دراسة لاحقة أظهرت أن انتقال السلوك التربوي المثالي يرجع إلى حد ما إلى أنه أدى إلى زيادة التعبير عن أحد الجينات الموجودة في الأبناء قيد التبني. وفي تلك الدراسة ازدادت عملية التعبير عن جين معين في الصغار الذين قامت بتربيتهم الأمهات اللائي يمارسن سلوك LG-ABN بكثرة مستقبلة هرمون جلايكورتيكود glucocorticoid ولم تحدث هذه الزيادة في صغار الأمهات المقلات من ممارسة هذا السلوك Weaver et al., 2004 . والسبب في هذه الزيادة في التعبير الجيني يتعلق بوجود اختلافات بين صغار الأمهات كثيرات الممارسة للسلوك السابق وصغار الأمهات قليلات الممارسة له في تنظيم المناطق الخاصة بـ DNA . وعند استخدام طريقة التربية التبادلية ثانية نجد أن الصغار الذين ولدتهم أمهات قليلات الممارسة لسلوك LG-ABN وقامت بتربيتهم أمهات كثيرات الممارسة لهذا السلوك ازداد معدل التعبير الجيني لديهم تماما مثل الصغار الذين ولدوا لأمهات كثيرات الممارسة. وفي النهاية توصل الباحثون إلى عقار يمكن إعطاؤه للجرذان البالغة له نفس التأثير على التعبير الجيني. أي أن الجرذان البالغة الذين قامت بتربيتهم أمهات قليلات الممارسة لسلوك LG-ABN ثم تناولوا ذلك العقار بعد البلوغ تمكنوا من التعبير عن الجين الخاص بمستقبلة هرمون جلايكورتيكود بنفس المستوى الذي وصل إليه صغار الأمهات كثيرات الممارسة لذلك السلوك. لقد كانت البيئة رعاية الأمهات لصغارها هي المسئولة عن تفعيل أو زيادة التعبير عن جين معين، وبمجرد تفعيل هذا الأسلوب في رعاية الصغار بدا متواصلا على مدى أجيال.

وسوف نستمر في استعراض هذه النوعية من الدراسات التـي أجريـت عـلى الحيوانـات والبشر، ويعد فهم كيفية تأثير البيئة على التعبير الجيني مهماً جدا بالنسبة لدراسة الأسباب في علم النفس المرضي.

التفاعلات المتبادلة بين الجينات والبيئة:

هناك طريقة أخرى مهمة تصبح من خلالها الجينـات ذات أهميـة بالنسـبة للاضـطرابات السلوكية والعقلية، وهي أن تلك الجينات يمكن أن تخدم أنواعاً معينة مـن البيئـات. ويسـمى ذلك التفاعل المتبـادل بـين الجينـات والبيئـة reciprocal gene-environment interaction . Plomin et al., 2003; Rutter & Silberg, 2002 والفكرة الأساسية هي أن الجينات يمكـن أن تجعل لدينا استعدادا طبيعيا لإيجاد بيئات معينة تعمل بعد ذلك على زيادة خطر إصـابتنا باضـطراب معـين. فالدراسـات تشـير عـلى سـبيل المثـال إلى أن وجـود اسـتعداد وراثي لإدمـان الكحوليات يمكن أن يجعل الشخص يميل طبيعيا إلى الأحداث الحياتية التي تجعلهم يواجهـون مواقف في منتهى الخطورة بسبب سوء استخدام المشروبات الكحولية، مثـل مخالفـة القـوانين. وتوصـلت دراسـة أخـرى إلى أن الاسـتعداد الـوراثي للإصـابة بالاكتئـاب يمكـن أن يخـدم بعـض الأحداث الحياتيـة - مثـل الانفصـال عـن عشـيق أو مشـكلات مـع الوالـدين - التـي يمكـن أن تتسبب في إصابة المراهقات بالاكتئاب Sllberg et al., 1999 .

على نطاق أوسع، أحد أنواع الأحداث الشاقة في الحياة، يسمي أحداث الحياة الاعتماديـة dependent life events، ويبدو أنه يتأثر بالجينات أكثر من سوء الحظ العشوائي.

وهذا يبدو من اختيار الأفراد للبيئات التي تزيد من احتمال أنـواع معينـة مـن الأحـداث الشاقة في الحياة، فعلي الأقل في جزء من هذا الاختيار يرجع إلى الأساس الجيني Kendler & Baker, 2007 . ويحاول الباحثون الآن أن يميزوا بين أحداث الحياة الاعتمادية هذه وتلك التي هي خارج سيطرة الفرد، وهو موضوع نعود إليه في الفصل الثالث عندما نناقش قياس أحداث الحياة.

تقييم النموذج الوراثي:

مناقشتنا لهذا النموذج سوف تركز على تقييم هذا الجزء. حيث يعد علم الوراثـة من الجوانب المهمة في دراسة علم النفس المـرضي، وتوجـد العديـد مـن الطـرق التـي يمكن للجينات من خلالها لعب دور في علم النفس المرضي. إلا أنـه لـيس مـن طبيعـة الجينات العمل دون وجود تأثير بيئي. والنماذج التي ستساعدنا في فهـم الـدور الـذي تلعبه الجينات في الاضطرابات السلوكية والعقلية هي تلك النماذج التي تتبني وجهـة

النظر المعاصرة التي تقول بأن الجينات تقوم بعملها من خلال البيئة. ولعل أكبر التحديات التي تواجه العلماء الذين يعملون في إطار منهجية علم الوراثة هو التحديد الدقيق لكيفية التفاعل المتبادل بين الجينات والبيئة. وهذه تعد مهمة يسيرة في إطار الدراسات المعملية التي تجرى على الحيوانات تحت رقابة شديدة. والقفزة السريعة في مجال فهم كيفية تفاعل الجينات مع البيئات البشرية المعقدة خلال عملية النمو تعد بطبيعة الحال تحديا أكبر. إلا أن هذا هو العصر الذهبي للأبحاث الوراثية، ولا تزال الاكتشافات المهمة الخاصة بالجينات والبيئات والاضطرابات السلوكية والعقلية مستمرة على وتيرة سريعة.

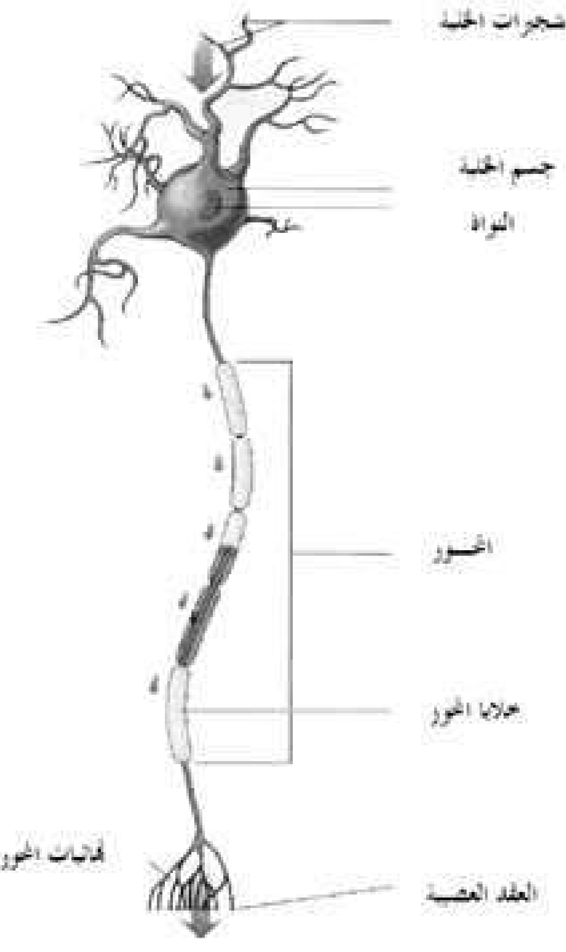
ومع ذلك، وهذا هو المثير معدل السرعة في أبحاث الوراثة، والاكتشافات المهمة حول الجينات والبيئات، والاضطرابات النفسية. بالإضافة إلى ذلك، بعض من الاختراقات الأكثر إثارة في علم الوراثة قد ينطوي على مزيج بين أساليب علم الوراثة وعلم الأعصاب. فعلى سبيل المثال، أوضحت النتائج من علم الأعصاب الطرق التي تمارس الجينات والبيئات تأثيرها عبر المخ Caspi & Moffitt, 2006 . وبالرغم من تقديمنا للنماذج الوراثية وعلم الأعصاب بشكل منفصل، إلا أنها تسير جنبا إلى جنب عندما يتعلق الأمر بفهم الأسباب المحتملة داخل علم النفس المرضي.

نموذج علم الأعصاب The Neuroscience Paradigm:

يرى هذا النموذج أن الاضطرابات العقلية ترتبط بالعمليات الزائغة في المخ. وهناك قدر كبير من الدراسات السابقة - التي تعتمد على كل من البحث والتنظير - التي تتناول المخ والاضطرابات السلوكية والعقلية. فنجد على سبيل المثال أن هذه الدراسات تربط بين بعض أنواع الاكتئاب والمشاكل الخاصة بالنوافل العصبية في المخ، كما يمكن عزو اضطراب القلق إلى عيب في الجهاز العصبي اللاإرادي يجعل من السهل استثارة الشخص، ويمكن إرجاع سبب الخرف إلى وجود تلفيات في بنية المخ. ويفترض من يتبعون منهجية العلوم العصبية أن الإجابة على الألغاز الخاصة بالاضطرابات السلوكية والعقلية توجد داخل المخ. وسوف نتطرق في هذا القسم إلى أربعة مقومات لهذا النموذج تحتوي على معلومات شيقة إلى أقصى الحدود: الخلايا neurons والناقلات العصبيةneurotransmitters، وبنية ووظيفة المخ brain structure and function، والجهاز العصبي الهرمونthe neuroendocrine system . ثم نقوم بعد ذلك بتناول بعض العلاجات المهمة التي تعد نتيجة لهذا النموذج.

أ - الخلايا والناقلات العصبية Neurons and Neurotransmitters:

يتألف الجهاز العصبي من مليارات الخلايا العصبية. وعلى الرغم من وجود بعض الاختلافات بين هذه الخلايا، فإن كل خلية تتكون من أربعة أجزاء رئيسة: 1 جسم الخليةthe cell body؛ 2 بعض الزوائد الشجرية dendrites، وهي الامتدادات القصيرة الغليظة؛ 3 واحد أو أكثر من المحاورaxons ذات أطوال متنوعة، ولكن عادة ما يكون محورا واحدا طويلا رفيعا يمتد إلى مسافة ضخمة من جسم الخلية؛ 4 حبات نهائيةterminal buttons تقع على أطراف الأفرع الكثيرة التي ينتهي بها المحور شكل 2-5 .

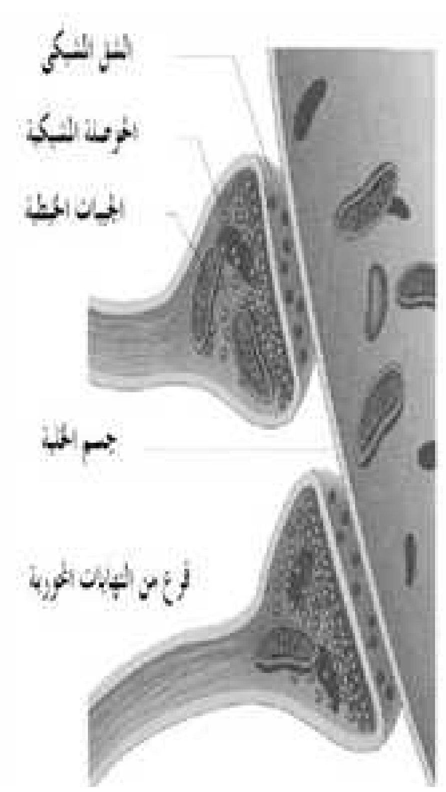


شكل 2-5 الخلية العصبية الوحدة البنائية للجهاز العصبي

عندما تحدث استثارة ملائمة للخلية العصبية في جسم الخلية أو من خلال الزوائد الشجرية الخاصة به ينتقل النبض العصبي nerve impulse وهو تغير في الجهد الكهربي للخلية متجها ناحية النهايات الطرفية السفلى للخلية العصبية. وتوجد فجوة بين النهايات الطرفية للمحور الذي يرسل النبضة العصبية وغشاء الخلية الخاص بالخلية المستقبل، وتسمى هذه الفجوة المشبكthe synapse شكل 2-6 .

ولكي تمر النبضة العصبية من خلية إلى أخري - ولكي يحدث الاتصال بين الخليتين - لابد للنبضة العصبية من إزالة الفجوة الخاصة بالمشبك العصبي. وتحتوي

الحبات الطرفية الخاصة بكل محور على حويصلات مشبكية، وهي جسيمات صغيرة تمتلئ بالناقلات العصبية وهي مواد كيميائية تسمح للنبضة العصبية بعبور المشبك العصبي. وعندما يسيل الناقل العصبي في المشبك العصبي تصل بعض الجزيئات إلى الخلية المستقبل أو الخلية ما بعد المشبك . ويحتوي غشاء الخلية الخاص بالخلية ما بعد المشبك على بروتينات تسمى مواقع الاستقبال، وقد صممت هذه البروتينات بحيث يمكن للناقلات العصبية بعينها الدخول إليها. وعندما يدخل أحد الناقلات العصبية إلى أحد مواقع الاستقبال يمكن إرسال الإشارة إلى الخلية التي تلي المشبك. ويعتمد ما سوف يحدث بالفعل للخلية الذي يلي المشبك على دمج آلاف من تلك الإشارات. ففي بعض الأحيان تكون تلك الإشارات استثارة مما يؤدي إلى خلق نبضة عصبية في الخلية التي تلي المشبك، وفي أحيان أخرى تكون هذه الإشارات مثبطة مما يقلل من احتمال استثارة تلك الخلية.



شكل 2-6 المشبك هو نهايات عصبية فرعين من المحور في تواصل مع جزء ضئيل من جسم الخلية العصبية جديدة

بمجرد قيام الخلية التي تسبق المشبك الخلية المرسل بإفراز الناقلات العصبية الخاصة به، فإن الخطوة الأخيرة هي إعادة المشبك العصبي إلى حالته السابقة. لا تنتقل جميع الناقلات العصبية المفرزة إلى المستقبلات الخاصة بالخلايا التى تلى المشبك. وتقوم بعض الإنزيمات بتكسير بعض الناقلات الباقية في المشبك العصبي، ويتم امتصاص البعض الآخر إلى داخل الخلية التي تسبق المشبك من خلال عملية تسمى الاسترداد reuptake.

هناك بعض الناقلات العصبية التي ترتبط بالاضطرابات السلوكية والعقلية وتشمل الدوبامين **dopamine** والنوريبينيفرين **norepinephrine** والسيروتونين **serotonin**، والنوريبينيفرين ناقل عصبي يتصل بالجهاز العصبي السيمبثاوي حيث يكون له دور في خلق حالات من الاستثارة الشديدة؛ وبالتالي يمكن أن يكون له دور في اضطراب القلق

وغـيره مـن الحـالات المرضـية المتعلقـة بالمشـقة. ويمكـن أن يكـون لكـل مـن السـيروتونين والدوبامين دور في الإصابة بالاكتئاب والفصام. وهنـاك ناقـل عصـبي آخـر مهـم في المخ وهـو حمض جاما - امينوبوتيريك gamma-aminobutyric acid GABA ، وهـذا الحمـض يثـبط النبضات العصبية في معظم مناطق المخ ويمكن أن يكون له دور في الإصابة باضطرابات القلق.

كانت النظريات الأولى التي تربط بين الناقلات العصبية والاضطرابات السلوكية والعقليـة تفترض أحيانا بأن اضطرابا بعينه ينتج عـن الزيـادة الكبـيرة أو الـنقص الشـديد في كميـة ناقـل عصبي بعينه فنجد على سبيل المثال أن تلك النظريات تربط بـين الهـوس والزيـادة الكبـيرة في النوريبينيفرين، وبين القلق والنقص الشديد في حمض GABA .

وتمكنت البحـوث العلميـة التـي أجريـت بعـد ذلـك مـن كشـف تفاصـيل تلـك الأفكـار. فالناقلات العصبية يتم تجميعها داخل الخلية من خلال مجموعة من الخطوات الأيضـية بـدءا بأحد الأحماض الأمينية. ويقوم أحد الأنزيمات بتحفيز كـل تفاعـل في سلسـلة التفـاعلات التـي تنتج في النهاية ناقلا عصبيا حقيقيا. ويرجع السبب في زيادة ناقل عصبي معين زيـادة كبـيرة أو نقصه بشدة إلى حدوث خطأ في هذه المجازات الأيضية. ويمكـن أن يكـون السـبب في حـدوث اضطرابات مشابهة في كميات بعض الناقلات هو التغيرات التي تطرأ عـلى العمليـات المعتـادة التي يتم من خلالها تعطيل الناقلات عن العمل بعد إفرازها في المشـبك العصـبي. فنجـد عـلى سبيل المثال أن عدم ضخ الناقلات العصبية المتبقية وإعادتها إلى الخليـة العصـبية التـي تسـبق المشبك العصبي الاستعادة يؤدي إلى ترك كمية زائدة من النـاقلات في المشـبك العصـبي. وإذا جاءت بعد ذلك نبضة عصبية جديدة وتسببت في إفراز المزيد من الناقلات العصبية في المشبك العصبي، فإن الخلايا الذي يلي المشبك العصبي سيتعرض - بطريقة ما - إلى جرعة مضاعفة من الناقلات العصبية، مما يزيد احتمال توليد نبضة عصبية جديدة.

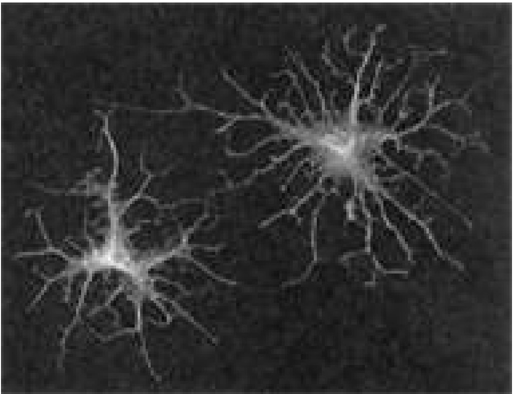
لقد ركزت البحوث التي أجريت مؤخرا تركيـزا كبـيرا عـلى احـتمال أن تكـون مسـتقبلات الناقلات العصبية هي السبب في الإصابة ببعض الاضـطرابات السـلوكية والعقليـة. فـإذا كانـت المستقبلات العصبية الموجودة على الخلايا التى تلى المشبك العصبي أكـثر مـن الـلازم أو يمكـن استثارتها بمنتهى السهولة فإن ذلك يشبه بالضـبط إفـراز كميـة أكـثر مـن الـلازم مـن النـاقلات العصبية. فالذي سيحدث هو أنه سيكون هناك المزيد من المواقع التي يمكـن للناقـل العصـبي التفاعل معها، مما يزيد فرص إثارة الخلايا التى تلى المشبك. فالأوهام والهلاوس التي تصـاحب الفصام على سبيل المثال يمكن أن تنتج بسبب وجود كمية مفرطة من مستقبلات الدوبامين.

وهناك الكثير من الآليات التي تتحكم في حساسية الخلايا التي تلي المشبك العصبي. فإذا كان هناك على سبيل المثال أحد المستقبلات العصبية التي تم تنشيطها بكثرة بمرور الوقت فإنه يمكن أن تقوم الخلية بإعادة ضبط حساسية المستقبلات العصبية بحيث تزداد صعوبة تنشيط ذلك المستقبل. وإذا تكرر استثارة إحدى الخلايا أكثر من المعتاد فإن هذا المستقبل العصبي يفرز مراسيل ثانية انظر شكل 2-7 . وبمجرد إطلاق المراسيل الثانية فإنها تلعب دورا في تعديل حساسية المستقبلات التي تلي المشبك العصبي للدوبامين أو النوريبينيفيرين أو السيروتونين Duman, Heninger, & Nestler, 1997; . Shelton, Mainer, & Sulser, 1996 ويمكن النظر إلى المراسيل الثانية على أنها تساعد الخلايا على تعديل حساسية المستقبلات عند زيادة نشاطها زيادة مفرطة. وتشير الأبحاث الحالية على الاكتئاب إلى أن الأدوية المضادة للاكتئاب يمكن أن تكون فعالة إلى حد ما بسبب قدرتها على التأثير في المراسيل الثانية انظر الفصل التاسع .

شكل 2 - 7 العملية التى تطلق بها المراسيل الثانية

وإحدى الطرق التي يستخدمها الباحثون لدراسة كيفية عمل الناقلات العصبية في المخ هى إعطاء الأشخاص عقارا يستثير المستقبلات العصبية الخاصة بناقل عصبي معين. ويشار إلى هذا العقار باسم المحفزةagonist. فالمحفزة للسيروتونين على سبيل المثال هى عقار يستثير مستقبلات السيروتونين بحيث ينتج ذات الآثار التي ينتجها السيروتونين

طبيعيا. وفي المقابل، المضادةantagonist هي عقار يؤثر على المستقبلات العصبية الخاصة بأحد الناقلات العصبية بحيث يثبط نشاط هذا الناقل العصبي. فالكثير من الأدوية التي تستخدم لعلاج الفصام على سبيل المثال هي مضادات للدوبامين تقوم بسد مستقبلات الدوبامين انظر الفصل التاسع .



شكل 2-8 الخلايا الدبقية من أهم الخلايا داخل المخ

وعلى الرغم من أن الخلايا العصبية والمستقبلات العصبية تم دراستها في أغلب علم النفس المرضى، إلا أننا سنقدم نمطا آخر من خلايا المخ تسمي الخلية الدبقية a glial cell انظر شكل 2-8 Fields, 2011 . وهناك أنماط متعددة من الخلايا الدبقية، والتي لها أسماء متعددة مثل الخلايا النجمية astrocytes، والخلايا قليلة التغصن oligodendrocytes، والخلايا الدبقية الصغيرة mirco glial. وقد كشف البحث أن هذه الخلايا لا تتفاعل فقط مع الخلايا العصبية بل تتحكم في عمل هذه الخلايا العصبية. وسوف تتم مناقشة تطبيقات هذه الخلايا مع أنماط محددة من الاضطرابات مثل عته الشيخوخة الفصل 14 ، والفصام الفصل 9 .

ب- بنية ووظائف المخ البشري Structure and Function of the Human Brain:

يوجد المخ داخل الجمجمة التي تغطيه وتحميه، ويغلفه ثلاث طبقات من الأنسجة غير العصبية، وهي أغشية تسمى السحايا. وعند النظر إلى المخ من أعلى نجده مقسما بواسطة شق وسطي إلى نصفي كرة دماغيين متطابقين ولكن معكوسين، وهذان النصفان يشكلان سويا معظم الدماغ. والوصلة الرئيسة بين هذين النصفين عبارة عن شريط من الألياف العصبية يسمى الجسم الثفني Corpus callosum. ويوضح شكل 2-9 سطح أحد نصفي الدماغ. وتشكل الأسطح العلوية والجانبية وبعض الأسطح السفلى من نصفي الدماغ قشرة الدماغ. وتتكون القشرة من ست طبقات من أجسام الخلايا العصبية المربوطة سويا بإحكام والتي تصل بينها الكثير من الزوائد القصيرة غير المغمدة. وهذا الخلايا - التي يقدر عددها ب 10 إلى 15 مليار خلية - تشكل غطاء خارجيا رقيقا يطلق عليه المادة الرمادية gray matter للمخ. وتعد المادة الرمادية جوهريا مقياسا لعدد خلايا المخ. وقشرة المخ ملتوية التواء واسع النطاق: فالأحرف تسمى تلافيف والانخفاضات

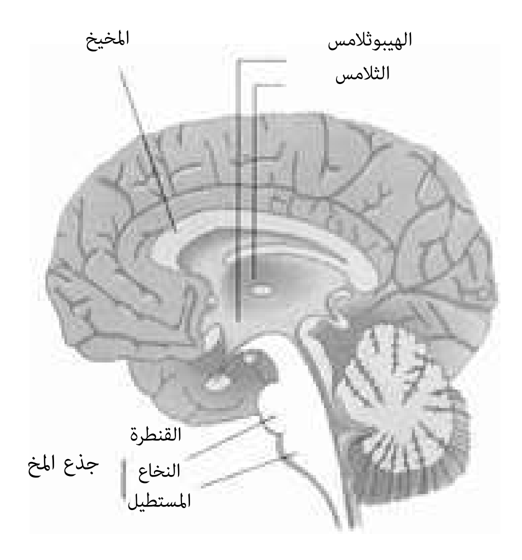
بينها تسمى شقوقا. ولو بُسِطَت تلك القشرة ستكون في حجم منديل السفرة الرسمي. وتستخدم هذه التلافيف في تحديد المناطق المختلفة في المخ تماما مثل النقاط الإرشادية على الخريطة. فالشقوق العميقة تقسم نصفي الدماغ إلى عدة مناطق بارزة تسمى الفصوص. فيقع الفص الجبهي Frontal lobe أمام القشرة المركزي، والفص الجداري parietal lobe يقع خلف القشرة المركزي وفوق القشرة الجانبي، والفص الصدغي temporal lobe يقع تحت القشرة الجانبي، ويقع الفص القفوي occipital lobe خلف الفصوص الجداري والصدغي انظر شكل 2-9 .

شكل 2-9 يوضح سطح نصف الكرة المخية الأيسر، والفصوص المخية الأربعة، والمراكز الجانبية

وعادة ما ترتبط الوظائف المختلفة للدماغ بمناطق محددة في الفصوص: الرؤية ترتبط بالفص القفوي؛ تمييز الأصوات يرتبط بالفص الصدغي؛ التفكير المنطقي، وحل المشكلات، واستخدام الذاكرة، وكذلك العمليات التنفيذية الأخرى بالإضافة إلى تنظيم الحركات الإرادية الدقيقة ترتبط جميعها بالفص الجبهي؛ وتحريك المجموع العضلي الهيكلي يرتبط بشريط يقع أمام الثلامس المركزي؛ استقبال أحاسيس اللمس والضغط والألم والحرارة وموقع الجسم من الجلد والعضلات والأوتار والمفاصل يتم داخل شريط يقع خلف الثلامس المركزي.

كذلك يقوم نصفا الدماغ بوظائف مختلفة، فالنصف الأيسر الذي يتحكم عامة في الجانب الأيمن من الجسم من خلال تعابر الألياف الحركية والحسية مسئول عن الكلام، وكذلك -وفقا لما يقوله بعض علماء علم النفس العصبي - عن التفكير التحليلي عند الأشخاص الذين يستعملون يدهم اليمنى، وكذلك عند عدد كبير من الأشخاص الذين يستعملون يدهم اليسرى. ويتحكم النصف الأيمن من الدماغ في الجانب الأيسر من الجسم، ويقوم بإدراك العلاقات والطرز المكانية. لكن لا يمكن أن تقتصر القدرة اللغوية والتفكير

التحليلي على النصف الأيسر فقط أو العلاقات المكانية على النصف الأيمن فقط. وعلاوة على ذلك يتصل نصفا الدماغ بعضهما ببعض باستمرار عن طريق الجسم الثفني. إن تمركز هذه الوظائف العقلية المختلفة ليس محدد المعالم كما كنا نظن في فترة من الفترات.



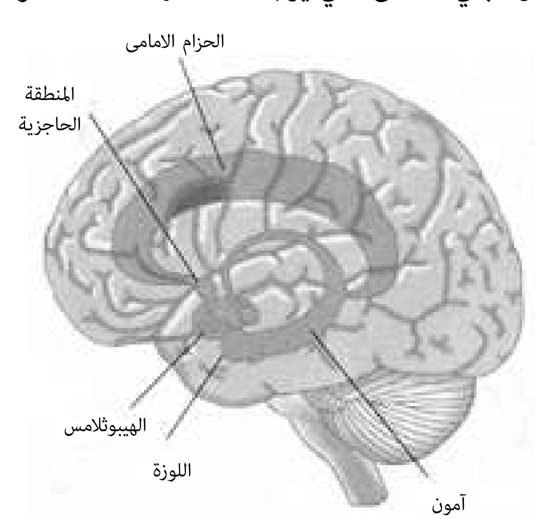
شكل 2-10 شريحة من المخ تظهر بعض من البناءات الداخلية

وإذا كان المخ مقسما إلى نصفين فإن فصل نصفي الدماغ يساعدنا على رؤية خصائص أخرى مهمة. إن المادة الرمادية الخاصة بالقشرة الدماغية لا تمتد عبر الجزء الداخلي من المخ انظر شكل 2-10 . فمعظم الجزء الداخلي من المخ يتكون من المادة البيضاء white matter التي تتكون من مسالك أو حزم ضخمة من الألياف الميالينية المغمدة التي تصل بين أجاد الخلايا العصبية في قشرة الدماغ وتلك الخلايا الموجودة في الحبل الشوكي وفي مراكز أخرى في أسفل المخ. وفي مناطق معينة تسمى نوى nuclei تلتقي مجموعات من الأعصاب في نقطة واحدة. وتعد هذه النوى محطات وسطية تربط بين المسالك القادمة من قشرة الدماغ والمسالك الأخرى الهابطة والصاعدة، وتعد كذلك مراكز تحكم حركية وحسية موحدة. وهناك بعض خلايا القشرة التي تنتأ منها ألياف تمتد إلى أسفل حتى تصل إلى خلايا الحركة في الحبل الشوكي، لكن البعض الآخر من الخلايا ينتأ منه ألياف بطول بوصة فقط أو أقل وتمتد حتى تصل إلى تلك النوى. وتقع إحدى المناطق المهمة - ويشار إليها إجمالا باسم العقد القاعدية basal ganglia - في مكان عميق داخل كل من نصفي الدماغ. وتساعد هذه المنطقة في تنظيم بداية وتوقف كل من النشاط الحركي والمعرفي. كذلك يوجد في عمق المخ تجويفات تسمى البطينات ventricles. وتمتلئ هذه البطينات بسائل مخي نخاعي. ويدور السائل المخي النخاعي خلال المخ من خلال هذه البطينات التي تتصل بالحبل الشوكي.

والمهاد thalamus يعد محطة إعادة إرسال لجميع السبل الحسية فيما عدا الحاسة الشَمِّية. وتستقبل النوى التي يتكون منها المهاد جميع النبضات تقريبا التي تصل من

المناطق الحسية المخالفة في الجسم ثم تمريرها إلى القشرة الدماغية حيث يتم تفسيرها كأحاسيس واعية. ويتألف جذع المخ brain stem من القنطرة pons والنخاع المستطيل medulla oblongata، والوظيفة الرئيسة له هي إعادة إرسال الإشارات العصبية. ويحتوي الجسر على مسالك تصل المخيخ بالحبل الشوكي وكذلك بمناطق الحركة في الدماغ. والنخاع المستطيل يعد الخط الرئيس الذي تمر من خلاله المسالك الصاعدة من الحبل الشوكي والنازلة من المراكز العليا للمخ. ويتكون المخيخ cerebellum أساسا من نصفي كرة ملتوية التواء شديدا وقشرة خارجية من المادة الرمادية وجزء داخلي من المسالك البيضاء. والمخيخ يستقبل الأعصاب الحسية القادمة من الجهاز الدهليزي للأذن والقادمة من العضلات والأوتار والمفاصل. والمعلومات التي يستقبلها المخيخ ويقوم بتوحيدها تتعلق بالتوازن ووضعية الجسم والاتزان، وتتعلق كذلك بالتناسق السلس بين أجزاء الجسم عن الحركة.

وهناك إضافة إلى ذلك مجموعة من البني الأعمق التي يوجد معظمها تحت قشرة المخ وكثيرا ما ترتبط بأشكال مختلفة من الاضطرابات السلوكية والعقلية. وهناك تاريخ طويل من الإشارة إلى مجموعات مختلفة من هذه البني باسم الجهاز الحوفي limbic system، وهو مصطلح يعده معظم علماء الأعصاب المعاصرين مصطلحا عتيق الطراز انظر شكل 2-11 . وهذه البني تتصل ببعضها البعض في أسفل الدماغ وتظهر قبل ظهور القشرة الدماغية في الثدييات. وتتحكم



شكل 2-11 بناءات تحت القشرة المخية

هذه البنى في عمليات التعبير الحسية والجسدية عن الانفعالات تسريع ضربات القلب ومعدل التنفس، الارتعاش، العرق، والتغيرات في تعبيرات الوجه ، وكذلك في عمليات التعبير عن البواعث الخاصة بالرغبات وغيرها من البواعث المهمة وهي بالتحديد الجوع والتزاوج والدفاع والهجوم والهرب . ومن البنى المهمة القسم الأمامي من التلفيفة الحزامية التي تمتد حول الجسم التفثي والتي تسمى الحزام الأمامي anterior

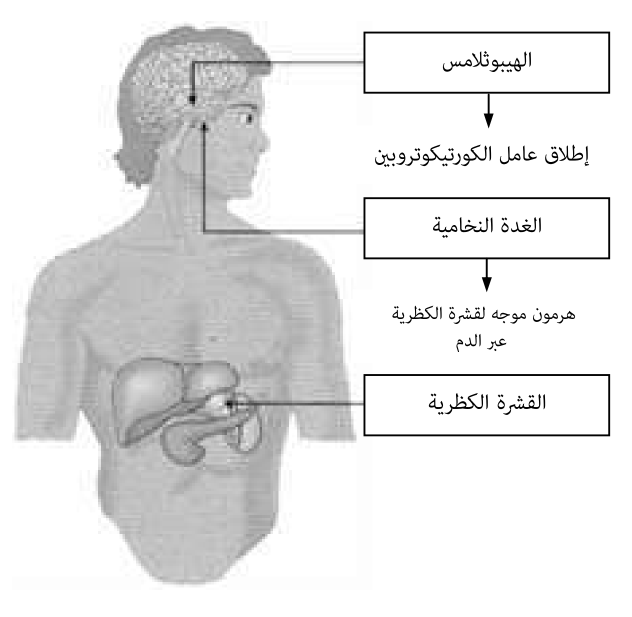
cingulate؛ والمنطقة الحاجزية septal area التي تقع في مقدمة المهاد؛ وأنبوبة قرن آمونhippocampus الطويل الذي يمتد من المنطقة الحاجزية إلى الفص الصدغي؛ والهيبوثلامس hypothalamus الذي ينظم عمليات الأيض، والحرارة، والعرق، وضغط الدم، والنوم، والشهية؛ واللوزة amygdala المغمورة في طرف الفص الصدغي. وتعد اللوزة أيضاً منطقة مهمة بالنسبة للانتباه للمثيرات الانفعالية البارزة وتذكر الذكريات المتعلقة بالانفعالات. فهي تعد أحد أهم بنية المخ بالنسبة لباحثي علم الأمراض العقلية إذا أخذنا في الاعتبار أن جميع الاضطرابات النفسية لا تخلو من مشكلات الانفعالات. فنجد على سبيل المثال أنه عند عرض صور لوجوه تحمل انفعالات على الأشخاص المصابين بالاكتئاب يكون معدل النشاط في اللوزة أكثر منه في الأشخاص غير المصابين بالاكتئاب Sheline et al., 2001 .

وتعد عملية نمو المخ البشري عملية معقدة تبدأ مبكرا في أول ثلاثة أشهر من عمر الجنين وتستمر حتى البلوغ المبكر. وقد قدر العلماء عدد الجينات التي يتم التعبير عنها في المخ بحوالي ثلث الجينات، والكثير من هذه الجينات يقوم بوضع أسس بنية الدماغ. ويعد نمو الخلايا وانتقالها إلى الطبقات الملائمة لها في قشرة الدماغ رقصة معقدة. ولسوء الطالع يمكن أن تحدث بعض الأخطاء، والتوجه الفكري الحالي فيما يتعلق بعدد من الاضطرابات - مثل الفصام - يعزو بدايات تلك الاضطرابات إلى تلك المراحل المبكرة من النمو. يستمر نمو المخ خلال مرحلة الطفولة والمراهقة بل وحتى البلوغ. وخلال ذلك الوقت تنمو الخلايا ويتم شحذ الوصلات بين الخلايا ومناطق المخ. وتستمر المادة الرمادية للمخ في النمو والامتلاء بالخلايا حتى مرحلة المراهقة المبكرة. ثم تحدث بعد ذلك عملية غير متوقعة وهي التخلص من عدد من الوصلات الشبكية العصبية، وتسمى هذه العملية التنقيح **pruning**. وخلال مرحلة البلوغ المبكر يمكن أن يقل عدد الوصلات الموجودة بالمخ إلا أنها تصبح أسرع. وأسرع المناطق نموا هي تلك المناطق التي ترتبط بالعمليات الحسية مثل المخيخ والفص القفوي. وآخر المناطق نموا هي القشرة الجبهية.

وسوف نقوم في هذا الكتاب بمناقشة عدد من هذه المناطق الدماغية. فقد وجد الباحثون على سبيل المثال أن الأشخاص الذين يعانون الفصام لديهم بطينات دماغية متضخمة الفصل الحادي عشر ؛ وأن حجم الحصين يقل بين بعض المرضى الذين يعانون اضطراب الضغط بعد الصدمي، وقد يرجع ذلك إلى النشاط الزائد في أنظمة الاستجابة للضغط النفسي الخاصة بهم الفصل الخامس ؛ وأنه في بعض الأطفال المصابين بالتوحد يزداد حجم المخ بمعدل أسرع بكثير من المعتاد في عملية النمو الفصل الثالث عشر .

ج- الجهاز العصبي الهرموني The Neuroendocrine System:

من المسئولية عن الاضطرابات السلوكية والعقلية، وسوف نتناول هذه الأدلة بالنقاش في هـذا الكتـاب. ومـن بـين المنظومـات التـي سـوف نعـود إليها تكرارا محور HPA. ويعـد محور HPA انظر شـكل 2-12 جوهريـا بالنسـبة لاسـتجابة الجسـم للضـغط الـنفسي، والمشقة يظهـر ظهـورا بـارزا في الكثـير مـن الاضـطرابات التـي نناقشها في هذا الكتاب.



شكل 2-12
رسم تخطيطي لـ HPA

عنـدما يتعـرض الإنسـان للضغط الـنفسي أو لخطـر مـن الأخطار يؤدي الهيبـوثلامس إلى إطـلاق عامـل إفـراز الهرمـون مُوَجِـه الـقشرة كورتيكـوتروبين CRF الذي يتواصل بعـد ذلـك مع الغدة النخامية. بعد ذلك تقوم الغـدة النخاميـة بـإفراز هرمـون موجـه لـقشرة النخاميـة، وينتقل هذا الهرمون عبر الدم ليصل إلى الغدد الكظرية. ويشار إلى الطبقات الخارجيـة للغـدد الكظرية باسم القشرة الكظرية وهي المنطقة التي تساعد على إفراز هرمون الكورتيزول. وكثيرا ما يشار إلى الكورتيزول بهرمون المشقة. وهذا النظام ليس سريع الحركة مثـل النظـام العصـبي المستقل الذي استعرضناه آنفا. فلابد من مرور 20 -40 دقيقة قبل أن يصـل إفـراز الكـورتيزول إلى ذروته. وبعد زوال المشقة أو الخطر يمكن أن تستغرق عملية عودة مسـتويات الكـورتيزول إلى قيمتها القاعدية أي قبل التعرض للضغط النفسي ما يقـرب مـن السـاعة Dickerson & Kemeny, 2004.

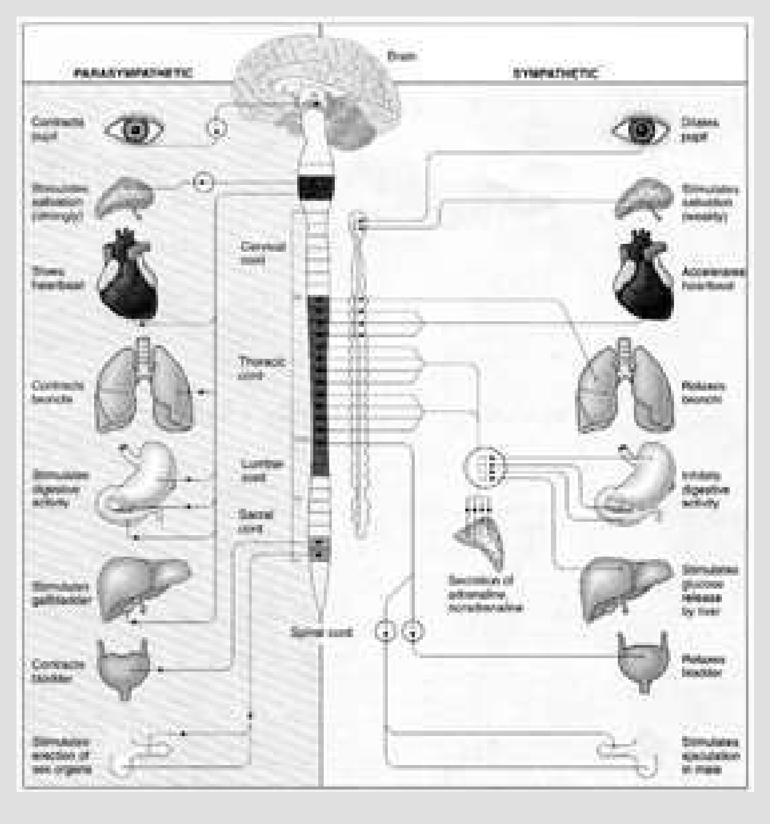
وسـوف نناقش في هـذا الكتـاب دور المشـقة ومحـور HPA في الإصـابة بـبعض الاضطرابات. إن الدراسات التي تدرس هذا المجال متكاملـة تكـاملا متفـردا. أي أنهـا تبـدأ بمفهوم نفسي - وهو المشقة - ثم تقوم بدراسة كيفية ظهور المشقة في الجسـم، أي محـور HPA. فقد أوضح الباحثون على سبيل المثال خلال سلسلة مـن الدراسـات التـي أجروهـا

على الحيوانات أن الجرذان والرئيسات التي تتعرض للصدمة المبكرة مثل فصلها عن الأمهات ينشط محور HPA فيها نشاطا كبيرا عند تعرضها للعوامل المجهدة في فترة لاحقة من حياتها Gutman & Nemeroff, 2003 . وكما حدث عند مناقشتنا السابقة للتفاعلات بين الجينات والبيئة.

أهم الاكتشافات 2-1

جهاز العصبي اللاإرادي The Autonomic Nervous System:

لما كان الجهاز العصبي اللاإرادي ذا أهمية خاصة في دراسة السلوك الانفعالي وبالتالي في دراسة الاضطرابات السلوكية والعقلية، فمن المفيد استعراض أهم خصائصه النافعة. يمكن تقسيم الجهاز العصبي في الثدييات إلى قسمين وظيفيين منفصلين إلى حد ما: الجهاز العصبي الجسدي الإرادي Somatic or Voluntary nervous system والجهاز العصبي المستقل اللاإرادي the autonomic or involuntary nervous system ANS شكل2-13 .



شكل 2-13 الجهاز العصبي اللاإرادي

إن العضلات الهيكلية - مثل تلك التي تحرك الأطراف - تحتوي على أعصاب إرادية ويتم استثارتها بواسطة الجهاز العصبي الإرادي. إلا أن معظم سلوكياتنا تعتمد على جهاز عصبي يعمل بسرعة كبيرة دون أن ندرك ذلك عادة، ونحن ننظر إلى تلك العملية تقليديا على أنها تقع خارج إطار التحكم الإرادي، ومن هنا جاء مصطلح مستقل.

وتمتد الأعصاب الخاصة بالجهاز العصبي المستقل في الغدد الصماء، والقلب، والعضلات الناعمة الموجودة في جدران الأوعية الدموية والمعدة والأمعاء والكليتين وغيرها من أعضاء الجسم. وهذا الجهاز العصبي المستقل ينقسم إلى قسمين: الجهاز العصبي السيمبثاوي sympathetic nervous system والجهاز العصبي الباراسيمبثاوي parasympathetic nervous system، واللذين تكون لهما وظائف متعارضة في بعض الأحيان ومتسقة في أحيان أخرى. وعند تنشيط الجهاز العصبي السيمبثاوي فإنه يسرع من معدل ضربات القلب ويوسع الحدقتين ويكبح النشاط المعوي ويزيد من كهربية الجلد ويتسبب في استجابات أخرى تحدث في العضلات الناعمة والغدد تجهز الكائن الحي للنشاط والمشقة المفاجئين. وهناك بعض أخصائي الفسيولوجي الذين يعدون الجهاز العصبي السيمبثاوي يقوم أساسا بوظائف الاستثارة، ويعدون الجهاز العصبي الباراسيمبثاوي مسئولا عن وظائف الحفاظ على البقاء والسلوكيات الأكثر هدوءا، مثل إبطاء معدل ضربات القلب، وتضييق حدقتي العين، وتسريع معدل التقلصات المعوية. إلا أنه لا توجد حدود قاطعة بين تلك الأنشطة، حيث إن الجهاز العصبي الباراسيمبثاوي هو الذي يؤدي إلى زيادة تدفق الدم إلى الأعضاء التناسلية خلال الاستثارة الجنسية.

ويظهر دور الجهاز العصبي المستقل بوضوح في الكثير من اضطرابات القلق، مثل اضطراب الهلع واضطراب الضغط ما بعد الصدمي. فنجد على سبيل المثال أن الذين يعانون اضطراب الهلع عادة ما يسيئون تفسير التغيرات الطبيعية التي تطرأ على جهازهم العصبي، مثل قصور التنفس بعد صعود مجموعة من درجات السلم جريا. فبدلا من إرجاع ذلك إلى عدم تمتعهم باللياقة البدنية نجد أن هؤلاء المرضى قد يعتقدون أنهم على وشك التعرض لنوبة أخرى من نوبات الهلع. وبالتالي يصبح لديهم خوف من الأحاسيس التي يبعثها جهازهم العصبي المستقل.

مناهج العلوم العصبية في العلاج Neuroscience Approach to Treatment

ومن بين النتائج المهمة المترتبة على نموذج العلوم العصبية هي أن الوقاية من الاضطرابات العقلية أو علاجها يكون ممكنا من خلال تغيير طبيعة المخ. فنجد بالتأكيد أنه عندما نكتشف أن النقص في كمية ناقل عصبي معين له دور في حدوث إحدى المشكلات، فمن المنطقي محاولة تصحيح الخلل عن طريق إعطاء جرعات ملائمة من الناقل العصبي الناقص.

لكن معظم التدخلات العلاجية الشائعة الخاصة بالبيولوجيا العصبية لم تستند إلى معرفة مسببات اضطراب معين. إلا أن استخدام العقارات ذات التأثير النفسي يتزايد باستمرار. فنجد مثلا انه بين عامي 1988 و2000 تزايد استخدام البالغين لمضادات الاكتئاب حتى وصل إلى ثلاثة أضعاف تقريبا National Center for Health Statistics, 2004 . وكذلك تزايد استخدام مضادات الذهان من 1.3 بليون دولار في عام 1997 إلى 5.6 بليون دولار في 2006 Barber, 208 . ويمكن أن تكون عقارات بِنزوديازيبين دواء مهدئ ومضاد للاكتئاب - مثل الزاناكس - ذات تأثير في تقليل التوتر المرتبط ببعض اضطرابات القلق، وقد يكون ذلك من خلال استثارة خلايا حمض الغاما أمينوبوتيريك GABA بحيث تكبح بعض الأنظمة العصبية الأخرى التي تولد الأعراض الجسدية للتوتر. وتؤدي مضادات الاكتئاب - مثل عقار بروزاك - إلى زيادة الإرسال العصبي في الخلايا التي تستخدم السيروتونين كناقل عصبي، وذلك من خلال كبح عملية استرداد السيروتونين. وتؤدي مضادات الذهان - مثل عقار الأولانزابين على سبيل المثال - التي تستخدم في علاج الفصام إلى تقليل نشاط الخلايا التي تستخدم الدوبامين كناقل عصبي، وذلك من خلال سد المستقبلات الخاصة بهذه الخلايا، كما أن هذه المضادات تؤثر على السيروتونين. وكثيرا ما يتم توظيف العقارات المنبهة في علاج الأطفال المصابين باضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة، فهذه المنبهات تزيد من مستويات بعض الناقلات العصبية التي تساعد الأطفال على الانتباه.

ويجب أن نشير إلى أنه يمكن أن يكون لشخص ما وجهة نظر تتعلق بالعلوم العصبية حول طبيعة اضطراب ما وينصح رغم ذلك بالتدخل العلاجي النفسي. ولتتذكر ما ورد في الفصل الأول عن قيام أبقراط باقتراح علاجات غير بيولوجية - الراحة لعلاج اضطراب السوداوية على سبيل المثال - لعلاج اضطرابات العقلية التي كان يعدها جسدية الأصل. كذلك يدرك العلماء والأطباء السريريون المعاصرون إدراكا تاما أن التدخلات العلاجية غير البيولوجية يمكن أن يكون لها تأثيرات مفيدة ومتبادلة. فعندما نمنع - على سبيل المثال - أحد الأشخاص من أداء أحد الطقوس القهرية - وهو علاج سلوكي فعال ومستخدم على نطاق واسع لعلاج اضطراب الوسواس القهري - يكون لذلك آثار ملحوظة على نشاط المخ Baxter et al., 2000 .

تقييم نموذج العلوم العصبية:

حقق أخصائيو العلوم العصبية تقدما كبيرا على مدى العقود الثلاثة الماضية في توضيح العلاقات الخاصة بسلك المخ. إن أبحاث العلوم العصبية التي تتناول كلا من أسباب وعلاج الاضطرابات السلوكية والعقلية تتواصل بوتيرة سريعة؛ وهو ما سنراه عند

مناقشة اضطرابات معينة في الفصول التالية. وعلى الرغم من أننا نعد هذه التطورات إيجابية فإننا أيضاً نود التحذير من المذهب الاختزالي الاختزالية Reductionism الذي يتبناه بعض أخصائيى العلوم العصبية.

إن الاختزالية تشير إلى وجهة النظر التي ترى أنه أيا كان ما ندرسه يمكن بل ويجب اختزاله إلى أبسط عناصره أو مكوناته الأساسية. وفي حالة الاضطرابات العقلية يقترح هذا الرأي تبسيط الاستجابات العقلية والانفعالية المعقدة إلى خصائص بيولوجية. وباستخدام هذا المنطق يمكن التوسع في هذا الرأي واقتراح اختزال البيولوجي إلى الفيزياء الذرية. والاختزالية - في أكثر صورها تطرفا - تقول بأن علم النفس وعلم الأمراض العقلية ليس سوى بيولوجي في نهاية الأمر.

وعلى الرغم من أن الاختزالية تعد وجهة نظر مؤثرة في بعض الأطباء المتخصصين في علم النفس البيولوجي فقد تعرضت لنقد شديد بين أوساط الفلاسفة. فبمجرد انتظام العناصر الأساسية - مثل الخلايا العصبية المفردة - في شكل بني أو أنظمة أكثر تعقيدا مثل السبل أو الدوائر العصبية لا يمكن استنتاج خصائص هذه الأنظمة من خلال خصائص مكوناتها. فالكل أكبر من مجموع أجزائه. وتعد النظرية الجيولوجية الخاصة بالصفائح التكتونية أفضل مثال على ذلك. فالقشرة الخارجية للأرض تتكون من حوالي اثنتى عشرة من الصفائح كبيرة الحجم وبعض الصفائح الأصغر حجما. والحركة التي تحدث عند حدود تلك الصفائح هي التي تتسبب في معظم الزلازل. وعلى الرغم من أن صفائح الكرة الأرضية تتكون من الصخور، والصخور تتكون من ذرات، فلا يمكن تفسير الحركة التكتونية أبداً استنادا إلى معرفتنا بالذرات. وتعد الحواسيب مثالا آخر. يستخدم الطلاب الذين يكتبون أبحاثا تتطلبها مقرراتهم الدراسية برامج معالجة الكلمات مثل برنامج Word أو WordPerfect. وهذه البرامج الحاسوبية تحتوي على الكثير من المستويات الكودية التي تتواصل مع الحاسوب أو مكوناته المادية. ولابد بالضرورة أن يكون هناك تواصل بين برنامج معالجة الكلمات والحاسوب على مستوى لغة الآلة التي تشتمل على سلسلة من الرقمين 0 و 1 بل ومن الدوائر الإلكترونية. إلا أننا لا يمكننا تكوين مفهوم عن البرنامج في ضوء الأرقام الثنائية أو النبضات الكهربية. فإذا توقفت خاصية تصحيح الأخطاء الإملائية في البرنامج عن العمل فإن أول مكان نبدأ فيه عملية الإصلاح لن يكون أبدا الرقائق الإلكترونية للكمبيوتر، وإنما سنطلب من مصمم البرنامج تصحيح ذلك الخطأ في البرنامج. وبالتأكيد لن يعمل البرنامج بدون الحاسوب، لكن هذا البرنامج أكثر بكثير من مجرد النبضات الكهربية التي ترسلها الرقائق الإلكترونية. وبذات الطريقة، على الرغم من أن أحد السلوكيات المعقدة مثل الهلوسة

يتصل بالضرورة بالمخ والنبضات العصبية لا يحتمل أن نتمكن من التعبير عنه بدقة من خلال معرفة نبضات عصبية معينة.

هناك ظواهر معينة تظهر فقط على مستويات تحليلية معينة، ولن يراها الباحثون الذين يصبون اهتمامهم على المستوى الجزيئي فقط. ففي مجال علم الأمراض العقلية قد يكون من المحال تفسير مشكلات مثل المعتقدات الضلالية، والسلوكيات الناتجة عن فشل وظيفي، وعمليات الإدراك الكارثية، في ضوء البيولوجيا العصبية حتى وإن كنا نفهم فهما تفصيليا مسلك الخلايا المفردة Turkheimer, 1998 .

نموذج السلوكية المعرفية The Cognitive Behavioral Paradigm

إن هذا النموذج يعود بجذوره إلى العلاج السلوكي ومبادئ التعلم التي يستند إليها هذا النوع من العلاجات والعلوم المعرفية. وسوف نرى أن المبادئ المستقاة من الاشتراط التقليدي والإجرائي وكذلك العلوم المعرفية قد ساهمت في تطور العديد من العلاجات السلوكية المعرفية.

أ - التأثيرات الخاصة بالعلاج السلوكي

إن أحد التأثيرات المهمة للمدرسة السلوكية هي فكرة أنه من المحتمل استمرار السلوك المُشْكِل إذا تم تعزيزه. ويعتقد بصفة عامة أن السلوك المُشْكِل يتم تعزيزه من خلال أربع عواقب محتملة: لفت الانتباه، الهروب من أداء المهام، خلق تغذية حسية مرتدة مثل تلك الناتجة عن تحريك اليد التى كثيرا ما نراها في الأطفال المصابين باضطراب التوحد والتمتع بالأشياء أو المواقف المرغوبة Carr et al., 1994 . وبمجرد تحديد مصدر التعزيز يتم بعد ذلك تكييف العلاج بحيث يغير عواقب السلوك المُشْكِل. فإذا تأكدنا مثلا من أن جذب الانتباه هو الذي يعزز السلوك المُشْكِل، فيمكن أن يكون العلاج هو تجاهل هذا السلوك. ومن ناحية أخرى يمكن أن نتبع السلوك المُشْكِل بفترة توقفTime out، حيث يتم إرسال الشخص لفترة من الوقت إلى موقع معين لا توجد فيه المعززات الإيجابية للسلوك.



Time out هو أحد فنيات العلاج السلوكي ويعتمد على التشريط الإجرائي، وناتج عن إبعاد الطفل عن البيئة لفترة زمنية بدون وجود المعززات الإيجابية

ومن الأساليب الأخرى: جعل المعززات السلوكية تتوقف على السلوك، وهو أسلوب يستخدم لزيادة معدل حدوث السلوك المرغوب Kazdin & Weisz, 1998 . فيمكن على سبيل المثال استخدام التعزيز السلوكي مع طفل منعزل عن المجتمع عند قيامه باللعب مع الأطفال الآخرين. وبالمثل تم استخدام التعزيز الإيجابي لمساعدة الأطفال الذين يعانون التوحد على تنمية المهارات اللغوية، ولعلاج عجز التعلم، ولمساعدة الأطفال المصابين بالتخلف العقلي على تنمية المهارات الحياتية الأساسية. ومن بين المشكلات الأخرى التي يتم معالجتها باستخدام تلك الطرق: التبول أثناء النوم، العدوانية، فرط الحركة، نوبات الغضب، الانعزال عن المجتمع.

ويعد اقتصاد العملة الرمزية token econmy من الطرق التي يتم من خلالها إعطاء الشخص أشياء رمزية مثل البطاقات اللاصقة على سبيل المثال عند قيامه بسلوك مرغوب فيه، ويمكن بعد ذلك مقايضة تلك الأشياء الرمزية بأشياء وأنشطة يرغب فيها الشخص. ولا تزال تلك الطريقة تستخدم حتى اليوم، وخاصة مع الأطفال. فمثلا كلما انتهى أحد الأطفال من عمل واجبه المنزلي أو بقي جالسا أثناء الحصة يأخذ إحدى البطاقات اللاصقة، ويمكن بعد ذلك مقايضة تلك البطاقات اللاصقة بأشياء أو أنشطة، مثل كارتريدج Game Boy، أو جهاز فيديو رقمي، أو فترة عمل على الكمبيوتر، أو فترة من الوقت خارج الفصل.

قدمنا في الفصل الأول الأسلوب المسمى إزالة التحصين المنظمSystematic desenitization. تذكر ان هذا الأسلوب يتضمن مكونين: 1 الاسترخاء الشديد للعضلات، و 2 التعريض التدريجي لقائمة من المواقف التي يخشاها الإنسان بداية بتلك المواقف التي تسبب أقل قدر من القلق وانتقالا إلى تلك المواقف التي يخاف منها الشخص أكثر من غيرها. والمساهمة التي قدمها هذا المنهج السلوكي ولا تزال مؤثرة، هي عنصر التعريض exposure الخاص بهذا النوع من العلاج. حيث كانت الفكرة الرئيسة هي أن القلق سوف ينتهي إذا تمكن الشخص من مواجهة الشئ أو الموقف الذي يخافه لفترة كافية



العلاج بالتعرض من أهم المناحي لعلاج اضطرابات القلق

دون أن يصاب بأذى فعلي. ويمكن في بعض الأحيان أن يتم هذا التعريض "في الحياة" in vivo، أي في المواقف الحياتية الواقعية. فمثلا إذا كان هناك شخص يخاف من الطيران فيمكنك أن تجعله يستقل طائرة بالفعل. وفي بعض الأحيان لا يمكن القيام بالتعريض في الحياة الواقعية، ولهذا يستخدم التعريض التخيلي imaginal exposure لعلاج بعض المخاوف مثل الخوف من الاغتصاب والصدمة والتلوث. ويستخدم النوعان كلاهما في مواقف أخرى.

ولكي نوضح معنى التعرض وإزالة التحسس المنظمة فلتفكر في شخص يخاف من العناكب، يتعلم هذا الشخص كيف يسترخي استرخاء شديدا، بعد ذلك يضع هذا الشخص قائمة بالمواقف التي تجمعه مع العناكب والتي تختلف في مدى الخوف أو القلق الذي تولده داخل هذا الشخص. ومن بين الأمثلة على الترتيب الهرمي لتلك المواقف بالنسبة لشخص يعاني نوعاً محدداً من فوبيا العناكب :

- سماع كلمة عنكبوت.
- النظر إلى صورة توضيحية لعنكبوت في أحد كتب الأطفال.
- النظر إلى صورة عنكبوت.
- النظر إلى برنامج من برامج الطبيعة يتناول العناكب على الفيديو الرقمي.
- النظر إلى عنكبوت في قفص زجاجي في حديقة الحيوان.
- النظر إلى عنكبوت حي من مسافة بضعة أقدام.
- النظر إلى عنكبوت حي عن قرب.

وخطوة بخطوة يتخيل الشخص - أثناء عملية الاسترخاء - المجموعات المتدرجة من المواقف التي تجمعه مع العناكب. وعادة ما تكبح عملية الاسترخاء أي إحساس بالقلق يمكن أن تتسبب فيه مشاهد العنكبوت التي يتخيلها الشخص في حال عدم استرخائه. وتزداد تدريجيا قدرة الشخص الذي يعاني الخوف على تحمل المزيد من المواقف المتخيلة أثناء صعوده الترتيب الهرمي على مدى عدد من الجلسات العلاجية.

ولا يزال التعرض مكونا رئيسا مهما في الكثير من أشكال العلاج في العلوم السلوكية المعرفية في يومنا هذا. خلال الأعوام التي تلت ظهور العلاجات بالتعريض مثل إزالة التحسس المنتظم تعلمنا الكثير عن تلك العلاجات. فنجد مثلا أن التعريض للأشياء الواقعية مثل التعريض الحي مثلا عندما يتم بطريقة عملية يكون أكثر تأثيرا من المواقف التخيلية. أيضاً على الرغم من أن تدريب الاسترخاء يساعد الأشخاص على تقليل الاستثارة التي يشعرون بها عندما يواجهون لأول مرة المثير الذي يخافونه، لا يوجد أدلة تشير إلى أن مثل هذا التدريب مطلوب للحصول على نتائج مبشرة، ونتيجة لذلك أمكن التوصل إلى علاجات نفسية تستمر لفترة أقصر ولا تشتمل على تدريب الاسترخاء.

وعلى قدر تأثير هذه الأساليب العلاجية السلوكية في الماضي والحاضر كثيرا ما كانت المدرسة السلوكية والعلاج السلوكي يتعرضان للنقد بسبب تقليل أهمية عاملين مهمين: التفكير والإحساس. أي أن طريقة تفكيرنا في الأشياء وإحساسنا بها تؤثر ولا شك في سلوكنا. إلا أن أنصار المدرسة السلوكية كثيرا ما كانوا لا يأخذون ذلك في الحسبان عند وضع النظريات عن المشكلات النفسية أو علاجها. وبسبب أوجه القصور هذه في الآراء الخاصة بالمدرسة السلوكية، علاوة على العدد الهائل من الأبحاث التي أجريت في الستينيات والسبعينيات من القرن العشرين في مجال العلوم المعرفية، قام بعض الباحثين في مجال السلوك والأطباء السريريين بإدخال متغيرات معرفية في تحليلاتهم الخاصة بالاضطرابات السلوكية والعقلية والعلاج.

ب- العلوم المعرفية Cognitive Science

المعرفة هي مصطلح يجمع سويا العمليات العقلية الخاصة بالإدراك، والتمييز، والتخيل، والقدرة على الحكم، والاستدلال. وتركز العلوم المعرفية على كيفية قيام البشر والحيوانات كذلك بتكوين خبراتهم، وكيف يفهمونها، وكيف يربطون بين خبراتهم الحالية والخبرات السابقة التي اختزنت في الذاكرة.

إننا في أي لحظة من اللحظات نتعرض لكمية هائلة من المثيرات أكثر مما يمكننا الاستجابة له. فكيف نتحكم في هذا القدر الهائل من المدخلات، ونصيغها في شكل كلمات أو صور، ونقوم بتكوين فرضيات، ونصل إلى إدراك لما يوجد حولنا؟

ويرى أخصائيو العلوم المعرفية أن عملية التعلم أعقد بكثير من التكوين السلبي لعمليات ارتباط جديدة بين المثير ورد الفعل. بل إن الاشتراط التقليدي يراه أخصائيو علم النفس المعرفي على أنه عملية نشطة تقوم من خلالها الكائنات الحية بمعرفة معلومات حول العلاقات التي تربط بين الأحداث، وليس كعملية ترسيخ أتوماتيكية للارتباطات بين المثيرات. أضف إلى ذلك أن أخصائيى العلوم المعرفية يعدون المتعلم مفسرا نشطا للمواقف المختلفة، حيث تفرض المعرفة السابقة للمتعلم قمعا إدراكيا على تلك الخبرة. فالمتعلم يقوم بإدخال المعلومات الجديدة إلى شبكة منظمة تتكون من المعرفة المتراكمة بالفعل، وكثيرا ما يشار إلى تلك الشبكة باسم المخطط Schema، أو البنية المعرفية Cognitive set .Neisser, 1976 يمكن للمعلومات الجديدة أن تناسب هذه المخطط، فإذا لم يحدث ذلك يقوم المتعلم بإعادة تنظيم المخطط حتى تناسب تلك المعلومات، أو يقوم بتأويل المعلومات بطريقة تجعلها تناسب المخطط. ويوضح الموقف التالي كيف يمكن لأحد المخططات تغيير طريقة معالجة المعلومات وتذكرها.

وقف الرجل أمام المرآة وقام بتسريح شعره. تفحص وجهه بحرص بحثا عن أي مواضع يمكن أن يكون قد أغفل حلاقتها، ثم ارتدى رابطة

العنق التقليدية التي استقر رأيه عليها. وأثناء الإفطار قرأ الجريدة بدقة، وبينما كان يحتسي القهوة ناقش مع زوجته إمكانية شراء غسالة جديدة. بعدها قام بإجراء بعض المكالمات الهاتفية. وأثناء مغادرته المنزل أخذ يفكر في أن أطفاله يحتمل أن تكون لديهم رغبة للذهاب إلى المخيم الخاص في صيف هذا العام أيضاً. وعندما لم تعمل السيارة خرج منها وأغلق الباب بصوت مرتفع وذهب مشيا إلى محطة الحافلات وهو في حالة من الغضب الشديد، فهو سيتأخر عن موعده Bransford & Johnson, 1973, p.415 .

قم الآن بقراءة ذلك المقطتف مرة ثانية ولكن مع إضافة كلمة "عاطل" قبل كلمة "رجل". ثم اقرأة مرة ثالثة واستخدم كلمة "سمسار البورصة" بدلا من كلمة "رجل". ولاحظ كيف تفهم القطعة بشكل مختلف. ولتسأل نفسك عن الصفحات التي يقرأها هؤلاء الرجال في الصحيفة. فإذا طلب منك تذكر تلك المعلومة خلال استطلاع للآراء ولم يعد ذلك المقتطف في متناولك فيمكن أن تجيب بأن الرجل العاطل يقرأ "إعلانات الوظائف" والسمسار يقرأ "صفحة الاقتصاد". ولما كانت هذه القطعة لا تحدد أيا من صفحات الجريدة كان هؤلاء الرجال يقرأونها تكون هذه إجابات خاطئة، إلا أنه في كل مثال من هذه الأمثلة كان من الممكن أن يكون الخطأ ذا معنى ويمكن التنبؤ به.

ومن بين المساهمات الأخرى المهمة للعلوم المعرفية دراسة الانتباه. وسنرى أن الذين يعانون اضطرابات متنوعة مثل اضطرابات القلق والاضطرابات المزاجية والفصام يعانون مشكلات في الانتباه. فالأشخاص الذين يعانون مثلا اضطرابات القلق عادة ما يركزون انتباههم على الحوادث أو المواقف البيئية التي تمثل تهديدا أو التي تتسبب في القلق. أما الذين يعانون الفصام فيكون من الصعب جدا عليهم تركيز انتباههم لفترة من الوقت.

أسود	روز
أحمر	أبيض
أصفر	أحمر
أزرق	أسود
أخضر	بنفسجي
أبيض	أخضر

شكل 2-14 في مهمة ستروب على المشاركين ذكر اسم اللون بدلا من قراءة الكلمات

وإحدى الطرق التي استخدمها الباحثون في دراسة الانتباه هي طريقة مهمة ستروبstroop task . وفي هذه المهمة يرى المشارك مجموعة من الكلمات التي تعبر عن الألوان وهو مطبوعة بالألوان المختلفة ولابد عليه أن يذكر لون كل من تلك الكلمات بأسرع ما يمكن انظر شكل 2-14 . ولكي يقوم المشاركون بذلك فلابد عليهم من مقاومة الرغبة الطبيعية لنطق الكلمة المطبوعة. فيمكن مثلا أن يرى المشارك كلمة أزرق مكتوبة بحبر أخضر. ويطلب من المشارك ذكر اسم لون الحبر أخضر بأسرع ما يمكن دون ارتكاب

أخطاء أي نطق كلمة أزرق . ومن الصعب نطق كلمـة أخضر و"كـبح" الميـل الطبيعـي لقـول أزرق. ويحدث التداخل - الذي يقاس باعتباره يطيل من الوقت اللازم لحدوث رد الفعل - لأن الكلمات أكثر "جذبا للانتباه" من لون الحبر.

لقد تم تعديل مهمة ستروب بحيث تركـز عـلى الانفعـالات بـدلا مـن الألـوان. وفي هـذه المهمة الخاصة بالانفعالات يطلب من المشاركين أيضاً تسمية لون الحبر بدلا من نطق الكلمـة. إلا أن قائمة الكلمات الآن تحولت إلى كلمات تعبر عن الانفعالات بدلا من الألـوان. فيـتم مـثلا كتابة كلمات مثل تهديد، أو خطر، أو سعيد، أو قلق بحبر ذات ألوان مختلفـة. وفي مثـل هـذه المهمة يجد الأشخاص المصابون باضطراب القلق أن بعض الكلمات التي تعـبر عـن الانفعـالات تجذب انتباههم بشدة، ويكون لديهم رغبة في منتهى القوة لنطق الكلمات. وكـما هـى الحـال مع مهمة ستروب الأصلية، كلما ازدادت الكلمة جـذبا للانتبـاه زاد التـداخل وأصـبح رد الفعـل أبطأ. وقد أوضحت الأبحاث أن الأشخاص المصابين باضطراب القلق يحدث عندهم تداخل مـع الكلمات التهديدية أي أنهم ينطقون تلك الكلمات عـلى نحـو أبطـأ أكـثر مـن الكلـمات غـير التهديدية، ويستخدم ذلك كدليل على وجود تحيز للانتباه تجاه المعلومـات التهديديـة. انظـر الفصل السادس .

إن مفاهيم المخطط والانتباه تـرتبط بـالطبع ببعضـها الـبعض. فـإذا كـان لـدى الشـخص وصفية معرفية أو ترسيمة معينة للعالم أن العالم خطر مثلا فمن المحتمل جدا أن يتركز انتباه هذا الشخص على الأشياء التي تمثل تهديدا أو خطرا في البيئة. أضف إلى ذلك أن ذلك الشـخص يمكن أن يميل إلى تفسير الأشياء الغامضة في البيئة على أنها أشياء خطرة. فرؤية غريب يقف في شرفة أحد المنازل على سبيل المثال يمكن أن يفسرها شخص عنده ترسيمة "الخطـر" هـذه عـلى أنها علامة خطر. أما الشخص الذي لـيس لديـه هـذا المخطـط فـيمكن أن يعـد هـذا الغريـب الشخص الذي يعيش في ذلك المنزل وحسب.

تعـد التفسـيرات المعرفيـة الآن أساسـية في البحـث عـن أسـباب الاضـطرابات السـلوكية والعقلية وعن طرق جديدة للعلاج. فنجد مثلا أن هناك رؤية واسعة الانتشار للاكتئـاب ترمـي باللائمة على وصفية معرفية بعينها، وهي على وجه التحديد الإحسـاس باليـأس الـذي يسـيطر على الفرد. ويعتقد الكثير من المصابين بالاكتئاب بأنه ليس لهم تأثير مهم على البيئـة المحيطـة بهم بغض النظر عما يفعلون. فهم يـرون أنهـم لا يتحكمـون في قـدرهم، ويتوقعـون مسـتقبلا مظلما. فإذا كان مصدر الاكتئاب هو إحساس باليأس، فإن هذه الحقيقة يمكن أن يترتب عليهـا نتائج معينة بالنسبة لكيفية علاج الأطبـاء السريـريين لهـذا الاضـطراب. وسـوف نـدرج عمليـة التنظير المعرفي وضع النظريات المعرفية في المناقشات التي تتنـاول معظـم الاضـطرابات التـي نقدمها في الفصول التالية.

دور اللاشعور The role of the Unconscious

كما تصور فرويد انظر الفصل الأول ، فإن الكثير من سلوكيات الأفراد تكون لاشعورية أو خارج حدود الوعي بها. وأكد أتباع فرويد أن دور اللاشعور في السلوك البشري وعلم النفس المرضي، ولكن الطريقة التي تم مناقشة- اللاشعور ودرستها تجريبيا قد تغيرت على مر السنين انظر أيضاً التركيز على اكتشاف 8-3 .

إن اللاشعور أصبح الموضوع الأكثر أهمية في الدراسة لدى علماء النفس المعرفيين لأكثر من 30 سنة، ثم اكتشف علماء النفس المعرفيين العصبيين حديثًا كيف يدعم المخ السلوك من خلال الشعور الواعي. على سبيل المثال فإن مفهوم الذاكرة الضمنية implicit memory تشير إلى فكرة أن الشخص يمكن - بدون وعي من ذلك - أن يتأثر بالتعلم السابق. فالفرد يُعرض عليه قائمة من الكلمات بشكل سريع بحيث إنه لا يمكن تحديد الكلمات. في وقت لاحق، فإن الشخص يكون قادرا على تذكر هذه الكلمات بالرغم من أن وعيه للكلمات لم يكن واضحاً خلال العرض الأولي السريع. وبالتالي يتم تشكيل الذاكرة ضمنا أي دون الإدراك الواعي . وقد وجدت نماذج الذاكرة الضمنية التي توصل لها الباحثون النفسيون على سبيل المثال، أن الأشخاص الذين يعانون القلق الاجتماعي والاكتئاب لديهم مشكلة مع هذه المهام Amir, . Foa, & Coles, 1998; Watkins, 2002

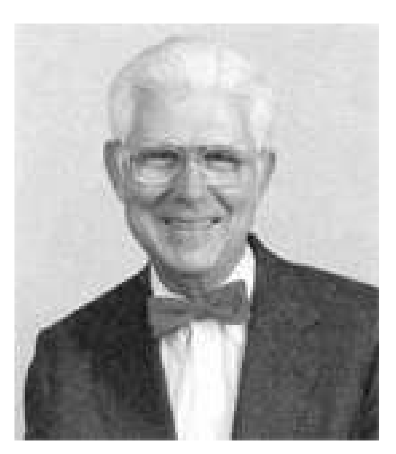
والدراسات المعاصرة للاوعي، مثل دراسات الذاكرة الضمنية، هي وسيلة طويلة من التنظير الأصلي لفرويد عن اللاوعي. ويري علماء النفس المعرفي العصبي أن اللاوعي هو انعكاس لكفاءة عالية وتلقائية أداء المخ. وهكذا ببساطة تسير الكثير من الأمور حولنا في كل وقت. ولهذا فمخنا تطور لتسجيل المعلومات لاستخدامها لاحقا حتى وإن لم نكن ندركها.

العلاج السلوكي المعرفيCognitive Behavior Therapy

يضم العلاج السلوكي المعرفي CBT النظريات والأبحاث التي تتناول العمليات المعرفية. ويركز ممارسو العلاج السلوكي المعرفي انتباههم على الأحداث الخاصة - الأفكار، الادراكات، الأحكام، والتعبيرات الذاتية، بل وحتى الافتراضات الصامتة في اللاوعي - وقاموا بدراسة هذه العمليات والتلاعب بها في محاولتهم لفهم وتعديل السلوك المضطرب الواضح والخفي. وإعادة البناء المعرفي Cognitive restructuring مصطلح عام لوصف عملية تغيير نمط من أنماط التفكير يفترض أنه يتسبب في ظهور انفعال أو سلوك مضطرب. ويقوم ممارسو العلاج السلوكي المعرفي بتنفيذ عملية إعادة البناء هذه بعدة طرق.

العلاج المعرفي عند بك Beck's Cognitive Therapy

قام الطبيب النفسي أرون بيك - وهو أحد رواد ممارسي العلاج السلوكي المعرفي - بابتكار علاج معرفي للاكتئاب يستند إلى فكرة أن الحالة المزاجية الاكتئابية تحدث بسبب التشويهات التي تشوب طريقة إدراك الأشخاص لخبرات الحياة Beck, 1976; Salkovskis, 1996 . فيمكن مثلا أن ينصب تركيز أحد المصابين بالاكتئاب على الأحداث السلبية فقط ويتجاهل الأحداث الإيجابية. ولتتخيل مثلا أن عشيق إحدى السيدات يمدحها وينتقدها في ذات الوقت. فإذا انتبهت المرأة إلى المدح وتذكرته في اليوم التالي فمن المحتمل أن تشعر بالسعادة. لقد اقترح بك أن الانتباه للمعطيات الإيجابية والسلبية وتفسيرها وتذكرها تعد عمليات متحيزة في حالة الاكتئاب. وهذه التأثيرات على الانتباه والذاكرة تسمى "تحيزات معالجة المعلومات". وتقوم الطريقة العلاجية لبيك - التي سوف ندرسها بالتفصيل في الفصل الثامن - بالتغلب على تلك التحيزات من خلال محاولة إقناع المرضى بتغيير آرائهم في أنفسهم وطريقة تفسيرهم لأحداث الحياة. فمثلا عندما يعبر أحد المصابين بالاكتئاب عن شعوره بأنه لا ينجح أبدا في عمل أي شيء، يقدم له المعالج أمثلة تثبت خطأ هذا الشعور، فيشير مثلا إلى أن المريض قد أغفل الأحداث الإيجابية. والهدف العام للطريقة العلاجية الخاصة ببك هو إكساب المرضى خبرات - داخل وخارج حجرة الاستشارة - تغير المخططات السلبية الخاصة بهم، وتمكنهم من الشعور بالأمل بدلا من اليأس.



طور أرون بك العلاج المعرفي للاكتئاب والعلاج المعرفي السلوكي للأفراد ذوي الاكتئاب

وهناك أيضاً العديد من الابتكارات في العلاج المعرفي السلوكي. هذه العلاجات تشمل العلاج السلوكي الجدلي dialectical behaviour therapy انظر الفصل 15 ، والعلاج المعرفي المستند إلى الذهن mindfulness-based cognitive therapy انظر الفصل 5 ، وعلاج التقبل والالتزام acceptance and commitment therapy. فالعلاجات الحديثة تختلف عن العلاج المعرفي السلوكي التقليدي بتركيزها على الروحانية، والقيم، والمشاعر، والتقبل. كذلك تشمل استراتيجيات لتقليل التجنب الانفعالي. على سبيل المثال، في العلاج التقبل والالتزام Hayes, 2005 يتعلم الفرد أن كثيرا من قوة الطاقة الداخلية للانفعالات تعتمد على استجابته المعرفية والسلوكية. فالهدف الرئيس

لهذه العلاجات هو مساعدة الفرد على تعلم أن يكون أكثر وعيًا بالانفعالات لكن لتجنبها الاستجابات الفورية الفجائية لها. أما في حالة العلاج المعرفي المستند إلى الذهن فهو يسهل على الفرد استخدام التأمل mediation Segal, Williams, & Teasdale, 2003 . بشكل عام فهو تطورات هائلة لمناحي السلوكية المعرفية.

تقييم النموذج السلوكي المعرفي :

تميل تفسيرات السلوكية المعرفية عن علم النفس المرضي إلى التركيز أكثر على المحددات الراهنة من الاضطراب ودون الاهتمام بدرجة كبيرة بالسوابق التاريخية للطفولة. بعض التفسيرات المعرفية عن علم النفس المرضي لا تظهر التفسير بدرجة كبيرة. فإن الشخص المصاب بالاكتئاب لديه مخطط سلبي يخبرنا أنه يفكر بطريقة قاتمة. ولكن مثل هذا النمط من التفكير هو في الواقع جزء من تشخيص الاكتئاب. ما هو المميز في النموذج السلوكي المعرفي هو أن يتم إعطاء الأفكار الراهنة السبب في حدوث اضطرابات أخرى مثل الحزن. ولكن يبقى أنه لا توجد إجابة قاطعة عن سبب حدوث المخطط السلبي في المقام الأول. وتركز الكثير من الأبحاث الحالية على فهم أنواع آليات استمرار الحفاظ على هذه الأفكار المرتبطة بالاضطرابات النفسية المختلفة.

العوامل التي تشترك فيها تلك النماذج Factors that cut across the Paradigms

هناك مجموعات من العوامل التي سنقوم بدراستها في هذا الكتاب تتعلق بجميع النماذج. وهذه العوامل هي الانفعالات، والعوامل الاجتماعية الثقافية، والعوامل بين الشخصية. فبعض أنواع الاختلالات الانفعالية تصاحب الاضطرابات العقلية. كما سنرى أن النوع، والثقافة، والعرقية، والعلاقات الاجتماعية تتصل اتصالا مهمًا بتوصيفات وأسباب وعلاجات الاضطرابات المختلفة. وسنقوم في أقسام الكتاب التالية بتقديم هذه المفاهيم ونقدم بعض الأمثلة على أهميتها في علم النفس المرضي؛ بغض النظر عن النموذج المتبع.

1- الانفعالات وعلم النفس المرضي:

تؤثر الانفعالات على طريقة استجابتنا للمشكلات والتحديات التي نواجهها في البيئة الخاصة بنا، فهي تساعدنا على تنظيم أفكارنا وأفعالنا -ظاهريا وباطنيا - كما أن سلوكياتنا تسترشد بها. ولعل السبب في الوقت الطويل الذي نقضيه ونحن نحاول تنظيم مشاعرنا وكيفية التعبير عن انفعالاتنا للآخرين هو ذلك التأثير الواسع النطاق للانفعالات. ولما كانت الانفعالات عوامل محورية فليس من قبيل المفاجأة أن تظهر الاضطرابات الانفعالية بوضوح في الكثير من الأشكال المختلفة من الاضطرابات السلوكية والعقلية. لقد

أثبتت إحدى الدراسات التحليلية أن ما يقرب من 85 بالمائة من الاضطرابات السلوكية والعقلية تتضمن اضطرابات معينة في عملية المعالجة الانفعالية Thoits, 1985 .


الانفعالات تتكون من مكونات متعددة، تشمل التعبير، الخبرة، الجانب الجسمى

ما الانفعالات؟ إن الإجابة على هذا السؤال يمكن أن تمتد على مدى كتاب كامل بمفردها. إن العلماء يرون أن الانفعالات عبارة عن حالات قصيرة جدا تمتد على مدى ثوان أو دقائق - أو ساعات على أقصى تقدير - قليلة. وفي بعض الأحيان تستخدم كلمة الوجدان لوصف المشاعر الانفعالية قصيرة الأمد. والحالات المزاجية من ناحية أخرى عبارة عن خبرات انفعالية تستمر لفترات أكبر من الوقت.

ويشير معظم المنظرين والباحثين المعاصرين في مجال الانفعالات إلى أن الانفعالات تتألف من عدد من المكونات - تشمل لكنها لا تقتصر على مكونات تعبيرية وخبراتية وفسيولوجية - يكون بينها تناسق نموذجي داخل الفرد. وكالعادة يشير المكون التعبيري أو السلوكي من الانفعالات إلى ظهور هذه الانفعالات في شكل تعبيرات وجهية. فمثلا التعبير الوجهي للغضب يعد متغيرا مهماً في الدراسات الخاصة بأمراض القلب. والعديد من المصابين بالفصام لا يبدو على وجوههم العديد من التعبيرات. ويشير المكون الخبراتي أو ذاتي المشاعر للانفعالات إلى كيفية تعبير الشخص عما يشعر به في لحظة معينة أو ردا على حدث معين. فعندما تعرف مثلا أنك حصلت على تقدير امتياز في امتحان نصف العام فإن ذلك يمكن أن يثير مشاعر السعادة والفخر والارتياح. أما عندما تعرف أنك حصلت على تقدير ضعيف فإن ذلك يمكن أن يثير مشاعر الغضب أو القلق أو الإحراج. والمكون الفسيولوجي للانفعالات يتعلق بالتغيرات التي تطرأ على الجسد، مثل تلك التغيرات الناتجة عن أنشطة الجهاز العصبي المستقل المصاحبة للانفعالات. فمثلا لو كنت على وشك أن تدهسك سيارة وأنت تعبر الشارع فيمكن أن تظهر نظرة خوف على وجهك وتشعر بالخوف ويزيد معدل ضربات القلب ومعدل التنفس والتوصيلية الكهربية للجلد.

وعندما نتناول الاضطرابات الانفعالية التي تصاحب الاضطرابات السلوكية والعقلية سيكون من المهم معرفة أي من المكونات الانفعالية هي التي تأثرت. في بعض

الاضطرابات يمكن أن تتعرض جميع المكونات الانفعالية للتشويش، أما في اضطرابات أخرى فيمكن أن تتعلق المشكلة بمكون انفعالي واحد فقط. فنجد مثلا أن المصابين بالفصام لا يعبرون بسهولة عن انفعالاتهم ظاهريا، إلا أنهم يشعرون بالانفعالات شعورا عميقا. ويعاني المصابون من اضطراب الهلع خوفا وقلقا مفرطين مع عدم وجود خطر فعلي. ويمكن أن يعاني المصابون بالاكتئاب فترات مطولة من الحزن وغيره من المشاعر السلبية. والشخص الذي يعاني اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع لا يشعر بالتعاطف مع الآخرين. وسوف نحاول في هذا الكتاب تحري الوضوح فيما يتعلق بالمكون الانفعالي الذي نتناوله.

وهناك اعتبار آخر مهم في دراسة الانفعال والاضطراب النفسي هو مفهوم الوجدان المثالي Ideal effect، الذي يشير ببساطة إلى أنواع الحالات الانفعالية المثالية التي يريد أن يشعر بها الفرد. للوهلة الأولى، قد تفترض أن السعادة هي الوجدان المثالي التي تؤثر في الجميع. بعد كل ذلك، من لا يريد أن يشعر بالسعادة؟ بالرغم من أن الأبحاث الحديثة أوضحت أن الوجدان المثالي يختلف تبعًا للعوامل الثقافية Tsai, 2007 . وهكذا، فالأفراد من الثقافات الغربية - على سبيل المثال الولايات المتحدة الأمريكية - يضيفون للسعادة قيمة الحالة الوجدانية المثالية، بينما الأفراد من ثقافات شرق آسيا مثل الصين، يعتبرون الوجدان الإيجابي كالسعادة أقل قيمة استثارة مقارنة بقيمة الهدوء Tasi, Knutson, & Fung, 2006 . وقد أوضح "تساي" وزملاؤه الارتباط بين الوجدان المثالي للأفراد واستخدام المخدرات؛ فإذا كانت الحالة الوجدانية المثالية هي انخفاض الاستثارة مثل الهدوء، فيزداد احتمال استخدام الأفراد للكوكايين Tasi, Knutson, & Rothman, 2007 . وكثير من الأفراد في الولايات المتحدة يسعون للعلاج عن الكوكايين والأمفيتامينات والعقاقير التي تحفز وترتبط مع مشاعر الإثارة والسعادة؛ بينما في الصين يسعون لعلاج الهيروين، والمخدرات التي لها آثار مهدئة Tasi, 2007 انظر الفصل 10 .

وتظهر دراسة الانفعالات بوضوح في أبحاث علماء العصبية الذين يدرسون دور المخ في المكونات الانفعالية المختلفة. كذلك بدأ علماء الوراثة في دراسة كيف يمكن أن تسري في العائلات الميول الوراثية للتعرض للكثير من الانفعالات الإيجابية أو السلبية. لقد ظهرت الانفعالات - مثل الغضب - ظهورا بارزا في الآراء الخاصة بفرويد، كذلك تركز العلاجات الدينامية النفسية المعاصرة على تغيير الانفعالات. بل إن أخصائيى العلاج السلوكي المعرفي يدرسون كيفية تأثير الانفعالات في التفكير والسلوك. وهكذا نجد أن الانفعالات تعد عنصرا مشتركا بين جميع تلك المنهجيات ويمكن دراستها من وجهات نظر متعددة اعتمادا على المنهجية المتبعة.

2- العوامــل الثقافيــة الاجتماعيــة والأمــراض النفســية Sociocultural Factors and Psychopathology

لقد ركز عدد كبير من الأبحاث على الطرق التي يمكن للعوامل الثقافية الاجتماعية - مثل الثقافة والعرقية والنـوع والعلاقـات الاجتماعيـة - أن تلعـب مـن خلالهـا دورا في مختلـف الاضطرابات النفسية. إن البـاحثين الـذين يدرسـون مثـل هـذه العوامـل الثقافيـة الاجتماعيـة والاضطرابات السلوكية والعقلية يشتركون جميعا في الفرضية التي تقـول بـأن العوامـل البيئيـة يمكن أن تتسبب في الأعراض الخاصـة بمختلـف الاضـطرابات وتـؤدي إلى تفاقمهـا واسـتمرارها. لكن نطاق المتغيرات الخاضعة للدراسة وطرق دراسة تلك المتغيرات تشـتمل عـلى موضـوعات كثيرة.

كشـفت دراسـات متعـددة عـن دور النـوع في الاضـطرابات المختلفـة. هـذه الدراسـات أوضحت أن هناك بعض الاضـطرابات تصـيب الـذكور دون الإنـاث. عـلى سـبيل المثـال يشـيع الاكتئاب بمعدل مـرتين بـين الإنـاث عنـه لـدى الـذكور. كـما أن اضـطراب الشخصـية المعاديـة للمجتمع وتناول الكحول أكثر شيوعا بين الذكور عنه لدى الإناث. كـذلك اضـطرابات الطفولـة، حيث وجد أن اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة أكـثر لـدى الأولاد مقارنـة بالفتيـات، لكـن أشار بعض الباحثين إلى أن الاخـتلاف الحقيقـي بيـنهما يرجـع إلي الأسـاس التشـخيصي. تبحـث الأبحاث الراهنة عن الاختلاف بين الذكور والإنـاث في معـدل انتشـار اضـطرابات محـددة مـن خلال السؤال عن عوامل الاستهداف التي تؤثر بشكل ملحوظ في تطور الاضطراب لدى الـذكور والإناث. على سبيل المثال، انتقال جيني من الأب إلى الابن يبدو ضروريـا كعامـل اسـتهداف في تطور اضطراب تناول الكحول لدي الـذكور، بيـنما المعـايير الاجتماعيـة الثقافيـة للنحافـة ربمـا تكون عامل استهداف لتطور اضطرابات الأكل لدى الإناث.

كـما كشـفت بعـض الدراسـات عـن أن الفقـر مـن العوامـل المـؤثرة بشـكل رئـيس في الاضطرابات النفسية. على سبيل المثال، الفقر يرتبط باضـطراب الشخصـية المضـادة للمجتمـع، واضطرابات القلق، والاكتئاب. وسوف نناقش دور هذه العوامل في الصحة في الفصول التالية.

كما تم فحـص دور العوامـل الثقافيـة والعرقيـة التـي تلعـب دورا في الاضـطرابات السلوكية والعقلية. وهناك تساؤلات أخـرى تمـت دراسـتها دراسـة متعمقـة: مـثلا هـل الاضطرابات التي نقوم بتشخيصها وعلاجها في الولايات المتحـدة تظهـر في أجـزاء أخـرى من العالم؟ لقد أوضحت هذه الدراسات أن هناك بالفعل عدداً مـن الاضـطرابات التـي تم تسجيلها في أجزاء متنوعة من العالم. والحقيقة هي أنه لا توجد دولة أو ثقافة تخلو من نوع ما من الاضطرابات السلوكية والعقلية. فنجد مـثلا أن مـورفي Murphy 1976

قامت بدراسة إمكانية ظهور أعراض الفصام في ثقافات متنوعة مثل ثقافة الإسكيمو واليوروبا شعب إفريقي . ووجدت أن كلتا الثقافتين تحتوي على مفهوم يعبر عن "الجنون" ويشبه تماما التعريف الغربي للفصام. فنجد أن مفهوم nuthkavikak عند الإسكيمو يشمل التحدث إلى النفس، ورفض التحدث مع الآخرين، والمعتقدات الضلالية، والسلوك الشاذ. أما مفهوم were عند شعب يوروبا الإفريقي فيغطي أعراضا مشابهة. ومن الجدير بالملاحظة أن كلتا الثقافتين لديهم أيضاً أطباء سحرة، إلا أنهم يفرقون تماما بين سلوك هؤلاء الأطباء السحرة وسلوك المصابين بالجنون. وفي الفصل السادس نقوم بمناقشة عدد من اضطرابات القلق التي تنتشر في جميع أنحاء العالم والتي تشبه - إلى أقصى حد - أعراض اضطراب الهلع.



تؤدي الثقافة والعرق دورًا رئيسيًا في وصف، وأسباب، وعلاج الاضطرابات العقلية

وبالرغم من أن بعض الاضطرابات تحدث في اختلاف الثقافات، فهناك اضطرابات أخري تختص بثقافة محددة. في الفصل الحادي عشر، وجد بالدليل أن اضطرابات الأكل ترتبط مع الثقافة الغربية. فمصطلح الياباني hikikomori يشير إلى المرض الذي ينسحب الفرد تمامًا من حياته الاجتماعية بالرغم من أنه يصيب الإناث، إلا أنه في بعض الأحيان يوجد لدى الذكور . فالأفراد المصابون hikikomori ينعزلون داخل حجراتهم أو منازلهم بشكل كامل في بعض الأحيان لسنوات متعددة، رافضين التفاعل مع الآخرين، ويتركون المناسبات لشراء الطعام. ففي الفصل التالي، النظام التشخيصي الراهن الذي يدرج العوامل الثقافية في المناقشة الخاصة بكل فئة من فئات الاضطرابات، وقد تكون هذه خطوة مهمة ناحية زيادة عدد الأبحاث في هذا الباب.

أيضاً نتناول الدور الذي تلعبه العرقية في الاضطرابات السلوكية والعقلية. هناك بعض الاضطرابات - مثل الفصام - التي يتم تشخيصها بين الأمريكيين من أصل إفريقي أكثر منها بين البيض. فهل يعني ذلك أن الفصام يظهر أكثر بين أفراد هذه المجموعة، أم يعني أن هناك نوعاً ما من التحيز العرقي في القياسات التشخيصية؟ كذلك يختلف استخدام

العقاقير وسوء استخدامها من عرقية إلى أخرى. فنجد أن استخدام أو سوء استخدام العقاقير يكون أكثر احتمالا بين أوساط البيض مثل النيكوتين، والمهلوسات، والميثامفيتامين، ومسكنات الألم، والمشروبات الكحولية التي تعتمد على الفئة العمرية . إلا أن المدخنين من الأمريكيين ذوي الأصل الإفريقي يزيد احتمال وفاتهم بسبب سرطان الرئة. وتنتشر اضطرابات الأكل وعدم الرضا عن الجسم الجسدي بين السيدات البيض أكثر من السود وخاصة في فترة الدراسة الجامعية، إلا أن الاختلافات بين البيض والسود في اضطرابات الأكل الفعلية - وخاصة مرض النهم - ليست كبيرة إلى هذا الحد.

ولا تزال أسباب هذه الاختلافات غير مفهومة فهما تامًا، وهي بؤرة اهتمام الأبحاث الحالية. ويبين جدول 2-1 بيانات حديثة عن اختلاف نسب انتشار الاضطرابات العقلية باختلافات الثقافية والعرقية طبقًا للدليل التشخيصي الرابع المعدل.

جدول 2-1 نسب انتشار الاضطرابات العقلية

باختلافات الثقافية والعرقية طبقًا للدليل التشخيصي الرابع المعدل

الاضطراب	البيض	الأسبان	السود
نقص الانتباه وفرط الحركة	4.6	4.6	3.4
تناول الكحول أو الاعتماد	13.4	15.0	9.5
ثنائي القطب	3.2	4.3	4.9
الاكتئاب	17.9	13.5	10.8
اضطراب القلق العام	8.6	4.8	5.1
اضطراب الهلع	4.9	5.4	3.1
اضطراب ما بعد الصدمة	6.8	5.9	7.1

ولقد أصبحت العوامل الثقافية الاجتماعية أكثر وضوحًا في السنوات الأخيرة في مجال علم الوراثة أو العلوم العصبية، فنجد مثلا أن العلوم العصبية الاجتماعية تهدف إلى فهم ما يحدث في المخ خلال المواقف الاجتماعية المعقدة. كما أن الدراسات الخاصة بالتفاعل بين الجينات والبيئة تكشف لنا الطرق التي يمكن من خلالها للبيئة الاجتماعية بالتعاون مع جينات معينة زيادة خطر الإصابة بالاضطرابات، وهو الأمر الذي توضحه دراسة قمنا بمناقشتها سابقا في دراسة "كاسبي" وزملاؤه 2003 . كما كشفت بعض الدراسات اختلاف مائة جينوم باختلاف كل ثقافة Gravel et al., 2011 . كما أن التقاليد الخاصة بالعلاج السلوكي المعرفي عادة ما كانت تركز على الفرد أكثر من تركيزها على كيفية تفاعل الفرد مع المجتمع. إلا أن هذا التوجه في طريقه أيضاً إلى التغير. فهناك مثلا

جهود تبذل الآن من أجل ابتكار أنواع من العلاج السلوكي المعرفي تناسب الأشخاص الذين ينتمون لثقافات وعرقيات مختلفة.

3- العوامل بين الشخصية وعلم النفس المرضي Interpersonal Factors and Psychopathology

بجانب الثقافة، والعرف، والفقر، هناك العديد من المقالات التي تناولت كيفية تأثير جودة العلاقات في مختلف الاضطرابات. فإن العلاقات العائلية وعلاقات الزواج، والمساندة الاجتماعية - بل ومقدار الاتصال الاجتماعي - جميعها تلعب دورا في التأثير على تطور الاضطرابات. وأخذ الباحثون يبحثون داخل العلاقات الاجتماعية عن طرق للوصف الدقيق للحميمة النسبية في هذه العلاقات والمساندة المقدمة، ولكن أيضاً درجة العداء.

وتشتمل أحد التقاليد العلمية على القيام بدراسة التفاعلات بين أفراد العائلة عند حل المشكلات حتى يمكن إعطاء وصف دقيق للأبعاد المهمة في العلاقات. فقد يطلب الباحثون - أثناء احدى المهام النموذجية للتفاعل العائلي - من أفراد العائلة مناقشة أحد الموضوعات التي تمثل مصدرا للقلق، وليكن مثلا إذا كان الوقت الذي يقضيه أفراد العائلة سويا كافيا أم لا. فيقوم شخص بعمل مقابلة شخصية مع كل من أفراد العائلة على انفراد حتى يعرف النقاط الأساسية التي تتكون منه وجهة النظر الخاصة بكل فرد. وخلال لقاء عائلي يقوم بعد ذلك الشخص الذي يجري المقابلة بإعطاء ملخص عن وجهة النظر الخاصة بكل شخص ويطلب من العائلة مناقشة هذا الباب لمدة 10 إلى 15 دقيقة ومحاولة التوصل إلى قرار ما. ويمكن للباحثين بعد ذلك التعبير عن بعض الأبعاد في صورة أكواد من خلال مشاهدة أشرطة الفيديو، مثل طريقة اشتراك أفراد العائلة في السلطة، أو طريقة تعبيرهم عن مشاعرهم الإيجابية، أو طريقة تعاملهم مع الانفعالات السلبية.

ويهتم البعض الآخر من الباحثين بفهم الدور الذي تلعبه الصدمة، والأحداث الحياتية الخطرة، والمشقة في الإصابة بالاضطرابات السلوكية والعقلية. وسنقوم في الفصل التالي بوصف بعض الطرق التي يستخدمها بعض الناس في تقييم الأحداث الحياتية. إلا أن الأثر الناتج عن المشقة في إطار العلاقات الاجتماعية يلعب دورا في جميع الاضطرابات التي سندرسها تقريبا.

الاستعداد والمشقة Diathesis-Stress: نموذج متكامل An Integrative Paradigm

إن الاضطرابات السلوكية والعقلية تتنوع تنوعا كبيرا بحيث يصعب على أي من النماذج الحالية شرحها أو تناولها على نحو واف. ولعله من حسن الحظ أن علماء النفس لا يتفقون على أي من النماذج هي الأفضل. إن معرفتنا أقل بكثير من أن تمكننا من اتخاذ قرارات حاسمة حول النموذج الذي يتفوق على غيره من النماذج، وهناك من الأبحاث

المهمة ما يكفي الجميع. وسوف نرى أيضاً أنه كثيرا ما تكون الطريقة المقبولة لدراسة المعطيات هى افتراض وجود أسباب متعددة. إن معظم الاضطرابات التي سنقوم بمناقشتها في هذا الكتاب تظهر على الأرجح بسبب حدوث تفاعل بين العيوب البيولوجية العصبية والعوامل البيئية، وهي وجهة نظر سنتناولها بعد ذلك.

يعد نموذج الاستعداد والمشقة نموذجاً متكاملاً يربط بين عوامل بيولوجية عصبية ونفسية وبيئية. وهو لا يقتصر على مدرسة فكرية معينة، مثل المدرسة السلوكية المعرفية، أو المدرسة الوراثية، أو مدرسة التحليل النفسي. لقد ظهر مفهوم الاستعداد والمشقة في السبعينيات من القرن العشرين كطريقة لتفسير الأسباب المتعددة للفصام Zubin & Spring, 1977 . إلا أن هذه المنهجية لا تزال تستخدم حتى اليوم في علاج الكثير من الاضطرابات لأنها نموذج يركز على التفاعل بين الاستعداد الطبيعي للإصابة بالمرض الاستعداد والاضطرابات البيئية أو الحياتية المشقة ، تماما مثل النماذج الخاصة بالتفاعلات بين الجينات والبيئة التي استعرضناه سابقا. إن مصطلح الاستهداف يشير بالتحديد إلى استعداد بنيوي للمرض، إلا أنه يمكن التوسع في استخدام هذا المصطلح ليشمل أي خاصية أو مجموعة من الخصائص عند شخص معين تجعله أكثر عرضة للإصابة باضطراب ما.

ونجد مثلا في مجال البيولوجيا العصبية أن هناك عدداً من الاضطرابات- سنتناولها في فصول تالية - التي يبدو أن لها استعداداً مرضيا استهدافاً ينتقل وراثيا. وعلى الرغم من أننا لا نعرف حاليا الطبيعة الدقيقة لتلك الاستعدادات المرضية الوراثية فنحن على سبيل المثال لا نعرف بدقة ما الجين الذي يورث ويجعل شخصا معينا عرضة للإصابة باضطراب ثنائية القطب أكثر من شخص آخر ، فإنه من الواضح أن الاستعداد المرضي الوراثي يعد مكونا مهما في العديد من الاضطرابات. ومن بين الأُهب البيولوجية العصبية الحرمان من الأكسجين عند الولادة، وسوء التغذية، والإصابة الفيروسية للأم أو التدخين أثناء الحمل. ويمكن أن تؤدي كل من تلك الحالات إلى تغيرات في المخ تجعل الشخص عرضة للإصابة باضطرابات سلوكية وعقلية.

وفي مجال علم النفس يمكن أن تكون الأهبة للاكتئاب عبارة عن الوصفية المعرفية التي ذكرناها من قبل، وهي الإحساس المزمن باليأس الذي يعانيه منه بعض المصابين بالاكتئاب. ومن بين الاستعداد النفسي الأخرى القدرة على التعرض للتنويم المغناطيسي بسهولة والتي يمكن أن تكون استعداداً لاضطراب الهوية التفارقية الذي كان يسمى مسبقا اضطراب تعدد الشخصية ، والخوف الشديد من السمنة الذي يجعل لدى الفرد استعدادا مرضيا للإصابة باضطرابات الأكل.

ويمكن أن ترجع هذه الأنواع من الاستعداد إلى أسباب متنوعة. وبعض تلك الأسباب - على سبيل المثال سهولة التعرض للتنويم المغناطيسي - تتمثل في خصائص في الشخصية تتحكم فيها جزئيا على الأرجح الجينات. والبعض الآخر - مثل الإحساس باليأس - قد ينتج عن خبرات الطفولة في ظل أبوين شديدي الانتقاد. وتؤدي الإساءة الجسدية أو الجنسية للأطفال إلى تغيرات نفسية، وكذلك تغيرات في المخ يبدو أنها تجعل لدى الأشخاص استعدادا للإصابة بعدد متنوع من الاضطرابات. كذلك تلعب التأثيرات الثقافية الاجتماعية دورا مهماً، فيمكن مثلا أن تؤدي المعايير الثقافية للجمال إلى خوف شديد لدى الشخص من السمنة وبالتالي تجعل لدى بعض الأشخاص استعداداً للإصابة باضطرابات الأكل. تعد منهجية الاستعداد والمشقة نموذجاً متكاملاً لأنها تعتمد على جميع هذه المصادر المتنوعة للمعلومات المتعلقة بأسباب الاستعداد. وسوف نرى في الفصول التالية أن المفاهيم الخاصة بالنماذج الرئيسة التي قمنا بمناقشتها بالفعل تختلف من حيث قابلية التطبيق من اضطراب إلى آخر. فنجد مثلا أن الأهبة الوراثية تلعب دورا رئيسا في اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة. وفي المقابل يكون للأهب المعرفية تأثير أكبر في اضطرابات القلق والاكتئاب. ويسمح لنا نموذج الاستعداد والمشقة بالاستفادة من المفاهيم المستقاة من العديد من المصادر واستخدام تلك المفاهيم كثيرا أو قليلا اعتمادا على الاضطراب قيد الدراسة.

إن وجود استعداد لدى الشخص للإصابة باضطراب ما يزيد من خطر إصابة الشخص بهذا الاضطراب، إلا أن ذلك لا يعني أبدا حتمية الإصابة باضطراب. إن المقصود بالمشقة في مصطلح الاستعداد والمشقة هو تفسير كيفية تحول أهبة ما إلى اضطراب فعلي. وفي هذا السياق يشير المشقة عامة إلى مثير بيئي مؤذ أو كريه يتسبب في ظهور الاضطراب السلوكي أو العقلي. وتشمل مصادر المشقة الأحداث الصادمة الكبرى مثل فقد الوظيفة، أو الطلاق، أو موت العشير وكذلك أحداث أكثر بساطة يتعرض لها الكثير منا مثل زحمة المرور . ولأن نموذج الاستعداد والمشقة يشتمل على هذه الأحداث البيئية فإنه يتفوق على النماذج الرئيسة التي ناقشناها بالفعل.

والنقطة المحورية في نموذج الاستعداد والمشقة هي أن كلا من الاستعداد والمشقة ضروري لإحداث الإصابة بالاضطرابات. فبعض الأشخاص مثلا ورثوا استعدادا مرضيا يزيد كثيرا من خطر إصابتهم بالفصام انظر الفصل التاسع ، وعند تعرضهم لقدر معين من المشقة يصبح من المحتمل جدا إصابتهم بالفصام. أما الأشخاص الذين يتمتعون باستعداد وراثي أقل فلا يحتمل إصابتهم بالفصام بغض النظر عن مدى صعوبة حياتهم.

ومن بين الخصائص المهمة الأخرى لنموذج الاستعداد والمشقة: الافتراض بأنه من غير المحتمل أن تنتج الاضطرابات السلوكية والعقلية بسبب تأثير عامل واحد فقط. وكما

ورد في مناقشتنا السابقة عن العلاقات المتبادلة بين الجينات والبيئة، قد تكون الأهبة التي انتقلت وراثيا ضرورية لحدوث بعض الاضطرابات، إلا أنها تعد جزءاً لا يتجزأ من شبكة من العوامل الأخرى التي تلعب هي الأخرى دورا في حدوث الاضطراب. ويمكن أن تشمل هذه العوامل الأهب الوراثية لظهور خصائص أخرى من خصائص الشخصية؛ وخبرات الطفولة التي تشكل الشخصية، والأهلية السلوكية، واستراتيجيات التوافق؛ ومصادر المشقة بعد البلوغ، والتأثيرات الثقافية، والعديد من العوامل الأخرى.

وفي النهاية يجب أن نشير إلى أنه داخل هذا الإطار لا تتعارض البيانات التي يقوم بجمعها الباحثون الذين يستخدمون منهجيات مختلفة. فيمكن مثلا أن يكون المشقة ضروريا لتنشيط أحد الاستعدادات المرضية لحدوث مشكلة ما في أنظمة الناقلات العصبية. وهناك أيضاً بعض الاختلافات بين تلك المنهجيات التي يبدو أنها اختلافات لغوية وليست مادية. فمن الممكن أن يقترح المُنَظِر في العلاج السلوكي المعرفي أن المعارف اللاتكيفية تسبب الاكتئاب، أما المُنَظِر في البيولوجيا العصبية فيمكن أن يقترح وجود قلة مفرطة في نشاط أحد المسالك العصبية. والرأيان غير متعارضين فهما فقط يعكسان مستويين مختلفين من الوصف، تماما مثلما يحدث عندما نصف منضدة بأنها قطع من الخشب متراصة بشكل معين أو بأنها مجموعة من الذرات.

وجهات نظر متعددة حول مشكلة سريرية

Multiple Perspectives on Clinical Problem

إننا نقدم هنا إحدى الحالات، ونناقش كيف أن المعلومات المتاحة تقبل عددا من التفسيرات التي تتوقف على نوع المنهجية المتبعة، وذلك بهدف إمداد القارئ بمثال ملموس على إمكانية تكوين مفهوم نظري حول إحدى الحالات السريرية باستخدام منهجيات متعددة.

حالة سريرية: آرثر Arthur

لم تكن طفولة آرثر طفولة سعيدة، فقد توفيت والدته عندما كان في السادسة فقط، وقضى العشر سنوات التالية إما مع والده أو مع إحدى خالاته. كان والده يتناول المشروبات الكحولية بكثرة بحيث كان من النادر أن يمر يوم من الأيام دون أن يتناول بعضا منها. كان والده يحصل على دخل غير منتظم على الإطلاق حتى إن الوالد كان نادرا ما يسدد الفواتير في ميعادها كما لم يكن بمقدوره العيش سوى في أكثر الأحياء خرابا. وفي بعض الأحيان كان والد آرثر غير قادر تماما على الاعتناء بنفسه، فما بالك بابنه. بعد ذلك كان آرثر يقضي أسابيع - وأحيانا شهوراً - مع خالته التي تعيش في إحدى الضواحي القريبة.

ورغم أنف هذه الظروف الحياتية المبكرة تمكن آرثر من إكمال تعليمه بالمدرسة الثانوية والتحق بإحدى الكليات في إحدى الجامعات الحكومية القريبة. وكان يستحق تلقي القروض الطلابية وغيرها من المساعدات المالية، إلا أنه كان في حاجة أيضاً إلى العمل كنادل وكساقي في أحد أماكن العمل حتى يكسب من الأموال ما يمكنه من العيش. وخلال الأعوام التي قضاها في الجامعة كان يشعر بالخجل الشديد في تعاملاته مع هؤلاء الأشخاص الذي كان يشعر بأن لهم سلطة عليه مثل رئيسه في العمل، وأساتذته، وحتى بعض زملائه في الفصل الدراسي الذين كان يعد نفسه أقل منزلة مقارنة بهم .

ومثل الكثير من شباب الجامعات حضر آرثر عددا كبيرا من الحفلات. وفي نهاية عامه الأول في الجامعة التحق بإحدى الجمعيات الطلابية الذكورية في الجامعة، وكانت تلك الجمعية هي أكثر مصادر الاختلاط الاجتماعي بالنسبة له. لكنها أيضاً كانت مصدر الكثير من المشروبات الكحولية. فكان يشرب بشراهة في حفلات العطلات الأسبوعية. وفي عامه الأخير بالجامعة كان يشرب الكحوليات يوميا، وكثيرا ما كان يفعل ذلك كطريقة للتغلب على المشقة الناتج عن الدراسة والعمل في آن واحد..

وبعد عامين من التخرج تزوج آرثر من عشيقته التي كان يعرفها أثناء الدراسة. لم يكن آرثر يصدق تماما أبدا أن زوجته التي كان ذكاؤها لايقل عن جمالها تحبه حقا. وبمرور السنوات تزايدت شكوكه في نفسه وفي مشاعرها تجاهه. كان يشعر أنها أذكى منه بكثير، وكان يشعر بالقلق من أن تكسب أموالا أكثر منه.

بعد الجامعة عمل آرثر في شركة نشر كمساعد للتحرير. لكن هذه الوظيفة كانت تسبب له ضغطا نفسيا أكثر من الجامعة، فقد كانت متطلبات رؤسائه من المحررين صعبة وكذلك المواعيد النهائية التي كان يحددونها له لإنجاز المهام المختلفة. وكان يتشكك دائما في أنه يملك ما يؤهله لكي يصبح محررا، وكدأب والده كان كثيرا ما يتناول الكحوليات للتغلب على المشقة الذي كان يشعر به.

وبعد ذلك بعدة سنوات - عندما بدا أن الحياة ستصبح أكثر سهولة - وجد نفسه في حالة أشد من الاضطراب. وبعد أن بلغ الثانية والثلاثين وهو يمتلك وظيفة آمنة توفر له دخلا معقولا، ازدادت مشاجراته مع زوجته. فكانت تشكو باستمرار من شربه للكحوليات، وكان هو ينكر وجود مشكلة مادام لا يشرب سوى أربع زجاجات فقط من البيرة في كل ليلة. كانت زوجته تريد إنجاب الأطفال، إلا أنه كان مترددا في إنجاب أطفال يسببون له ضغطا نفسيا إضافيا في حياته. كان يفكر بحزن في حياته الزوجية، وأدى به ذلك إلى تناول الكحوليات بمعدل أكثر بكثير من قبل، وفي أحد الأيام أدرك في نهاية الأمر أنه يتناول كمية مفرطة من الكحوليات وشعر بحاجة إلى المساعدة.

يمكن أن يختلف تصورك لهذه الحالة باختلاف النموذج الذي تتبعه. فإذا كنت من أنصار وجهة النظر الوراثية فسوف تركز انتباهك على التاريخ العائلي وتشير إلى أن والد آرثر كان يعاني مشكلات مشابهة مع المشروبات الكحولية. ولعلك على علم بالأبحاث العلمية التي سنستعرضها في الفصل العاشر التي تشير إلى وجود عامل وراثي في الاضطرابات المتعلقة بتناول العقاقير مثل إدمان الحكوليات. صحيح أنك لا تغفل الدور الذي تلعبه البيئة في مشكلة آرثر، لكنك تفترض وجود عيب وراثي يجعل عند آرثر استعدادا مرضيا لسوء التفاعل مع المشقة، وهذا العيب يمكن أن يزيد من احتمالية لجوئه إلى الكحوليات من أجل تحقيق التوافق. فعلى أية حال ليس كل من يعانون من مرحلتي طفولة ومراهقة صعبتين يصابون بمشكلات إدمان الكحوليات.

وإذا كنت من مناصري وجهة النظر الخاصة بالتحليل النفسي فستنظر إلى آرثر من زاوية أخرى. إنك تؤمن بأن الأحداث التي يتعرض لها الطفل أثناء طفولته المبكرة ذات أهمية كبيرة في تشكيل أنماط التكيف فيما بعد، ولهذا يمكن أن تفترض أن آرثر لا يزال حزينا على موت والدته، وأنه ألقى باللائمة على والده في موتها المبكر. وهذا الغضب الشديد من الأب كبته آرثر داخله، وهذا الكبت إضافة إلى موت والدته يؤثران سلبيا على علاقاته مع الآخرين بعد البلوغ. أما بالنسبة للعلاج الذي سوف تختاره، فيمكن أن يقع اختيارك على العلاج البينشخصي interpersonal therapy لعلاج المشكلات الخاصة بعلاقات آرثر مع الآخرين، وللتغلب على نحو صريح وعلى مستوى الوعي على الغضب الذي لا يزال مدفونا بداخله تجاه والده.

والآن لنفترض أنك تناصر وجهة نظر نموذج السلوك المعرفي التي تحثك على تحليل السلوك البشري في ضوء أنماط التعزيز السلوكي وكذلك المتغيرات المعرفية. فيمكن عندها أن تركز على الخجل الذي كان يشعر به آرثر أثناء دراسته الجامعية والذي يبدو أنه يرتبط بفكره أنه كان يتمتع بميزات قليلة جدا أثناء تربيته مقارنة بزملائه. وقد يكون عدم وجود دخل ثابت والمعاناة الناتجة عن ذلك هما السبب في الحساسية المفرطة تجاه النقد والرفض. وكانت الكحوليات هي المهرب من تلك الضغوط. إلا أن تناول الكحوليات بإفراط مقرونا بشكوكه المستمرة في قيمته كإنسان أدى إلى تدهور علاقته الزوجية التي كانت تتداعى بالفعل وأدى أيضاً إلى زعزعة ثقته بنفسه. وباعتبارك أحد متخصصي العلاج السلوكي المعرفي يمكن أن تستخدم طريقة نزع التحسس المنظم التي تقوم من خلالها بتعليم آرثر كيف يسترخي بعمق وهو يتخيل مجموعة من المواقف المرتبة ترتيبا هرميا والتي يقوم خلالها الآخرون بتقييمه. ويمكن أن تختار العلاج السلوكي المعرفي لإقناع آرثر أنه ليس في حاجة إلى أن يستحسن الجميع كل ما يقوم به من أفعال.

أما إذا كنت من مناصري منهجية الاستعداد والمشقة فيمكن أن تتبنـي أكـثر مـن واحـد من تلك الأساليب. فسوف تُقر باحتمال وجود دور للوراثة في إدمـان آرثـر للكحوليـات، لكنـك أيضاً ستحدد أهم العوامل التي استثارت هذا الاستعداد الـوراثي مثـل ضـغط العمـل والتـي يمكن أن تؤدي إلى عدد أكبر من نوبات تناول الكحوليات. وسوف تقوم على الأرجح باسـتخدام الكثير من الأساليب العلاجية المذكورة آنفا.

الملخص :

- النموذج هو الإطار النظري أو المنظور العام، الذي يساعد العلماء والأطبـاء عـلى تحقيـق أهدافهم، ولعمل نماذج يجب تقدير التأثيرات الذاتية التي قد تـؤثر عـلى عملنـا. ويجـب اختيار النموذج الجيد لدراسة علم النفس المرضي، وفهمه، وعلاجه.
- النموذج الجيني يساعد على فهم أسباب الاضطرابات النفسية من خلال معرفـة العوامـل الوراثية. وحديثًا توضح الاكتشافات الوراثية أنها تتفاعل مع البيئة.
- يؤكد نموذج علم الأعصاب دور المخ، والناقلات العصـبية، والأنظمـة الأخـرى مثـل محـور HPA. أما عن العلاجات البيولوجية بما في ذلك الأدوية فتحاول تصحيح مشكلات معينـة في المخ.
- يؤكد النموذج المعـرفي السـلوكي عـلى المخططـات، والانتبـاه، والتشـويهات المعرفيـة عـن التوقعات الحياتية، وتأثيرها في السلوك كأحد العوامل الرئيسة في علم النفس المرضي.
- الانفعال يلعب دورا بارزا في العديد من الاضطرابات. ومن المهم أن التمييز بين مكونـات الانفعال التي ربما تختل، بما في ذلك التعبير، والخبرة، وعلم وظائف الأعضاء. واضـطرابات الانفعال هي ما يتم تركيز الدراسة عليها عبر النماذج.
- العوامل الاجتماعية والثقافية تشتمل على الثقافة والعرق والنوع والفقر، وتمثـل مفـاهيم أساسية في علم النفس المرضي. فمعدل انتشار ومعنى الاضطرابات قـد تختلـف بـاختلاف الثقافة والعرق؛ كما قد يختلف الرجال عن النساء في عوامل الخطر المختلفة لاضـطرابات المختلفة؛ والعلاقات الاجتماعية يمكن أن تكون مخففة لتأثير المشقة.
- العوامل بين الشخصية، تشمل المساندة الاجتماعية والعلاقات التي تنـتشر عـبر الـنماذج. ولها دور رئيس لتخفيف الضغوط.
- بسبب أن كل نموذج يركز على جانب في فهم الاضـطرابات النفسـية، فمـن المهـم تطـوير مزيد من النماذج التكاملية، ويمثل نموذج الاسـتعداد – المشـقة نموذجـاً قائمـاً عـلى دمـج عـدة وجهـات نظـر، وهـي الجانـب الـوراثي، والعصـبي، والضـغوط البيئيـة بالإضـافة إلى التأثيرات الاجتماعية والثقافية.

3

الفصل الثالث

التشخيص والتقييم

الفصل الثالث

التشخيص والتقييم

ترجمة

د/ أمثال هادى الحويلة

الأهداف التعليمية ... أن تكون قادرًا على:

1- وصف غرض التشخيص والتقييم.

2- التفريق بين الأنواع المختلفة من الثبات reliability والصدقvalidity.

3- التعرف على الخصائص الأساسية، والتغيرات التاريخية، ونقاط القوة والضعف للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية.

4- التعرف على أهداف، ونقاط القوة والضعف في المناهج النفسية والبيولوجية العصبية للتقييم.

5- مناقشة طرق تأثير الخصائص الثقافية والعرقية في التشخيص والتقييم.

حالة إكلينيكية: أيرون Aaron

عندما سمع أيرون أصوات السران على البعد أدرك أن أحدهم قد استدعى الشرطة. لم يكن يقصد إثارة المشاكل مع الأفراد الجالسين بجواره على البار، لكنه علم الآن أنهم كانوا يتحدثون عنه ويتآمرون عليه حتى يفقد المنزلة الخاصة التي يتمتع بها في المخابرات المركزية. لكنه لم يكن ليدع ذلك يحدث ثانية. ففي آخر مرة تآمر عليه الناس فيها انتهى به الأمر في أحد مستشفيات الأمراض النفسية. لم يكن يريد الذهاب إلى المستشفى ثانية ويتعرض لكل عمليات التقييم، حيث كان مختلف الأطباء يوجهون له جميع أنواع الأسئلة عن عمله في المخابرات الأمريكية، وهو الأمر الذي لم يكن له حرية مناقشته أبدا. كما كانوا يطرحون أسئلة أخرى غريبة: هل كان يسمع أصواتا؟ هل كان يعتقد أن الآخرين يغرسون أفكارا في رأسه؟ لم يكن يعلم أبدا كيف تمكنوا من معرفة أن هذه الأشياء تحدث له، لكنه كان يشك في وجود أجهزة تنصت إلكترونية في غرفته في منزل والديه في المكابس الكهربية.

وبدأ أيرون بالأمس فقط يشك في أن أحدهم كان يراقبه ويتنصت عليه من خلال المقاييس الكهربية. فقرر أن أكثر التصرفات أمانا هو أن يكف عن التحدث إلى والديه. أضف إلى ذلك أنهما كانا دوما يجبرانه على أخذ دوائه. وعندما يأخذ ذلك الدواء كان يعاني عدم وضوح الرؤية وكان لا يستطيع الجلوس ساكنا. وهداه تفكيره إلى أن والديه

لابد أن يكونا بطريقة أو بأخرى من هؤلاء الأفراد الذين يحاولون استبعاده من المخابرات المركزية. فإذا استمر في أخذ هذا الدواء فسوف يفقد قدراته الخاصة التي كانت تمكنه من التعرف على الإرهابيين في أي مكان، وستتوقف المخابرات المركزية عن ترك رسائل له في أكشاك الهاتف أو إرسالها من خلال الإعلانات التليفزيونية على القناة الثانية. فمنذ بضعة أيام وجد كتابا ممزقا ذا غلاف ورقي في أحد أكشاك الهاتف، وفسر ذلك بأنه على وشك أن تكلفه المخابرات بمهمة جديدة. كانت الأصوات التي يسمعها بداخله تمده بمعلومات جديدة حول الأنشطة الإرهابية. وكانت هذه الأصوات تخبره الآن بأنه يجب أن يحذر من الأفراد الذين يرتدون اللون الأرجواني، لأن هذا اللون علامة الإرهاب. وإذا كان والداه يحاولان تدمير مستقبله في المخابرات المركزية فلابد عليه ألا يبقى في المنزل بأي ثمن. كان هذا هو السبب الذي جعله يذهب إلى البار في المقام الأول. وكان يتمنى لو لم يضحك المجاورون له بصوت مرتفع وينظرون ناحية الباب، حيث إنه كان يعرف أن ذلك يعني أنهم كانوا على وشك كشف هويته كعميل سري للمخابرات. وإذا لم يصرخ في وجههم لكي يتوقفوا عن ذلك كانت هويته الحقيقية ستنكشف.

التشخيص والتقييم هما "الخطوتان الأوليان" اللتان لهما أهمية كبيرة جدا في دراسة وعلاج الاضطرابات السلوكية والنفسية. وفي حالة "أيرون" يمكن أن يبدأ الطبيب السريري العلاج بالإجابة على السؤال التالي: هل حالة "أيرون" تتفق مع المعايير التشخيصية لاضطراب المزاج أم الفصام أم ربما اضطراب عقاقيري متعلق بتناول العقاقير . والتشخيص الدقيق سوف يسمح للطبيب السريري بتوصيف المعدلات الأساسية وأسباب المرض وعلاجه لـ "أيرون" وعائلته، وهذه كلها جوانب مهمة من جوانب العناية السريرية الممتازة. وعلى نحو أشمل، يمكن تشخيص الأطباء السريريين والعلماء من التواصل بدقة مع بعضهم البعض حول الحالات المرضية أو الأبحاث. فبدون وجود تعريفات أو فئات متفق عليها سيصبح هذا المجال البحثي في موقف يشبه ما حدث في برج بابل Hyman, 2002 ، حيث لن يتمكن مختلف العلماء والأطباء السريريين من فهم بعضهم البعض. ولكي نتوصل إلى أسباب وعلاجات أحد الاضطرابات لابد أن نكون قادرين أولا على تصنيف الاضطرابات، ثم تشخيص هذه الاضطرابات عند الأفراد.

التشخيص أيضا مهم بالنسبة للأبحاث التي تتناول الأسباب والعلاجات. ففي بعض الأحيان يكتشف الباحثون أسبابا وعلاجات فريدة من نوعها ترتبط بمجموعة معينة من الأعراض. فمنذ عقود قليلة مضت على سبيل المثال لم يكن هناك فارق واضح يميز بين اضطراب ثنائية القطبية **bipolar disorder** يميزه حدوث نوبة

هوس والاكتئاب. وبدون وجود ذلك الفارق لم نكن على الأرجح لنعرف أن عقار الليثيوم يعد علاجا فعالا.

كما يمكن أن يكون التشخيص هو الخطوة الرئيسة الأولى في العناية السريرية الممتازة. ولتتخيل أن الطبيب قال لك: "لا يوجد لدي تشخيص لما تعانيه". فبدلا من هذا الموقف المزعج نجد أن سماع المريض لاسم يصف مرضه يمكن أن يبعث داخله بالارتياح بطرق عدة. فكثيرا ما يساعد التشخيص المريض على فهم سبب ظهور أعراض معينة. فهناك الكثير من الاضطرابات الشائعة كثيرا - مثل الاكتئاب والقلق وسوء استخدام العقاقير. ولهذا عندما يعلم المريض أن المرض الذي تم تشخيصه عنده مرض شائع فإن ذلك يمكن أن يساعد في تخفيف شعوره بالشذوذ. كما أن فهم المريض لأسباب الأعراض يمكن أن يكون مصدرا للارتياح.

لمساعدة عمل تشخيص صحيح، يستخدم الأطباء السريريون والباحثون عددا متنوعا من طرق التقييم التي تساعد في الخروج بالتشخيص الدقيق، بداية بمقابلة شخصية في العيادة يليها استخدام طرق تقييم أخرى نفسية بيولوجية psychobiological. وبصفة عامة، تعد جميع طرق التشخيص السريرية - إلى حد ما - طرقا تقليدية تستخدم للتوصل إلى المشكلة التي يعانيها الفرد، والسبب المحتمل لتلك المشكلة، والإجراءات التي يمكن اتباعها لكي يتحسن الفرد. ويمكن أن تساعد الطرق التشخيصية في الخروج بتشخيص ما، كما أنها يمكن أن تمد الطبيب بمعلومات تفوق هذا التشخيص، فالتشخيص بالفعل ما هو إلا نقطة البداية. فنجد في حالة "أيرون" على سبيل المثال أن هناك الكثير من الأسئلة التي لم تجد الإجابة بعد. لماذا يتصرف "أيرون" على هذا النحو؟ ولماذا يظن أنه يعمل لصالح المخابرات المركزية؟ وماذا يمكن أن نفعل لكي ننهي الخلافات بينه وبين والديه؟ وهل تمكن من إظهار قدراته الفكرية في الدراسة وفي العمل؟ وما العقبات التي يمكن أن تعوق العلاج؟ هذه هي أيضا نوعية الأسئلة التي يحاول متخصصو الصحة النفسية الإجابة عنها أثناء قيامهم بعملية التقييم.

وسنقوم في هذا الفصل بوصف نظام التشخيص الرسمي الذي يستخدمه العديد من أخصائيي الصحة النفسية، كذلك وصف نقاط القوة والضعف في هذا النظام. وبعد ذلك نناقش أكثر أساليب التقييم المستخدمة انتشارا بما في ذلك المقابلات الفردية interviews والتقييم النفسي والتقييم البيونفسي. ثم ننهي هذا الفصل بدراسة أحد جوانب التقييم التي يتم إهمالها في بعض الأحيان، وهو الدور الذي يلعبه التحيز الثقافي.

ولكن قبل التطرق بالتفصيل إلى التشخيص Diagnosis والتقييم Assessment سنبدأ بمناقشة مفهومين يلعبان دورا مهماً في التشخيص والتقييم: الثبات والصدق.

الأركان الأساسية للتشخيص والتقييم :

يعد مفهوما الثبات والصدق الركنين الأساسيين لأي طريقة من طرق التشخيص أو التقييم. فبدون هذين المفهومين لا يكون هناك نفع يذكر للطرق التي نتبعها. ونجد على الرغم من ذلك أن هذين المفهومين يتميزان بدرجة كبيرة من التعقيد. فهناك أنماط عدة من كل منهما، وهناك علم كامل متفرع من علم النفس - علم القياس النفسي Psychometry - يهدف أساسا إلى دراستهما. وسوف نقدم هنا مختصرا عاما.

الثبات Reliability

يشير الثبات إلى اتساق القياس. ومن الأمثلة على المقاييس المتسقة مسطرة خشبية، فهذه المسطرة تعطي نفس القيمة في كل مرة تستخدم فيها في القياس. وفي المقابل، من الأمثلة على مقياس غير متفق مسطرة مرنة شبيهة بالمطاط يتغير طولها في كل مرة تستخدم فيها في القياس. وهناك بعض أنواع الثبات، وسنقوم هنا بمناقشة الأنواع التي تعد أساسية أكثر من غيرها في التقييم والتشخيص.



الثبات هو خاصية أساسية لجميع إجراءات التقييم. وأحد وسائل تقدير الثبات هو تحديد درجة الاتفاق بين محكمين مختلفين، كما يحدث عندما يحكم اثنان من الحكام مشهدا في لعبة البيسبول

ثبات المصححين Interrater Reliability يشير إلى درجة اتفاق مراقبين مستقلين على ما شاهداه. وهناك مثال من لعبة كرة القاعدة الأمريكية. فقد يتفق حكم القاعدة الثالثة أو لا يتفق مع حكم القاعدة الأولى حول صحة أو خطا ضربة قوية تسير قريبا من الأرض متجهة نحو نهاية خط الملعب الأيسر.

الثبات إعادة الاختبار Test-Retest Reliability تقيس مدى حصول الأفراد الذين يخضعون للملاحظة مرتين أو يأخذون نفس الاختبار مرتين - بين كل مرة وأخرى عدة أسابيع أو أشهر - على درجات متشابهة. ولا يكون هذا النوع من الثبات منطقيا إلا إذا كان في الإمكان افتراض أن الأفراد الذين يخضعون للملاحظة لن تطرأ عليهم تغيرات جوهرية أثناء الفترة بين مرتي الاختبار فيما يتعلق بالمتغير الأساسي موضع القياس، ومن الأمثلة المهمة على موقف يكون فيه هذا النوع من الثبات عاليا جدا هو تقييم اختبارات

الذكاء. ومن ناحية أخرى لا يمكن أن نتوقع أن تبقى الحالة المزاجية للأفراد أثناء نقطة بداية المقارنة دون تغير - بعد مرور 4 أسابيع - أثناء المتابعة.

في بعض الأحيان يستخدم علماء النفس نموذجين من اختبار ما بدلا من إعطاء نفس الاختبار مرتين، ويحدث ذلك على الأرجح عندما يتخوفون من أن يتذكر الخاضعون للاختبار إجاباتهم في المرة الأولى ويحاولون فقط إعطاء إجابات متسقة معها. ويمكن هذا المنهج واضع الاختبار من تحديد ثبات الصور المتكافئة Alternate-Form Reliability،أي مدى اتساق الدرجات المتحصل عليها في نموذجي الاختبار.

وأخيرا، يقوم ثبات الاتساق الداخلي Internal Consistency Reliability بتقييم مدى الارتباط بين الأسئلة الواردة في اختبار ما. فمن المفترض مثلا أن تكون الأسئلة الواردة في أحد الاستبيانات عن القلق مرتبطة ببعضها البعض أو متصلة فيما بينها إذا كانت بالفعل تتطرق للقلق. فإذا كان هناك فرد يعاني جفاف الحلق عندما يتعرض لموقف خطر فمن المفترض أن هذا الفرد يعاني أيضا زيادة في معدل الشد العضلي طالما أن كليهما من الأعراض الشائعة للقلق.

الصدق Validity

الصدق مفهوم معقد يرتبط بصفة عامة بالسؤال التالي: هل يؤدي المقياس وظيفته؟ فمثلا لو كان هناك استبيان يُفترض أن يقيس مدى عدوانية الفرد، فهل هذا الاستبيان يؤدي وظيفته؟ وقبل أن نقدم وصفا لأنواع الصدق من المهم الإشارة إلى أن الصدق يرتبط بالثبات، فالمقاييس غير المتسقة لن تكون على درجة كبيرة من الصدق. ولما كان المقياس غير المتسق لا يعطي نتائج متسقة تذكر المثال الذي أوردناه عن مسطرة متغيرة الطول باستمرار فإن هذا المقياس غير المتسق لا يرتبط ارتباطا قويا بالمقاييس الأخرى. فنجد مثلا أن مقياس التوافق غير المتسق لا يحتمل أن يرتبط ارتباطا قويا بكيفية تكيف الفرد مع إحدى الخبرات الحياتية المرهقة نفسيا. إلا أن الثبات لا يضمن الصدق. فالارتفاع مثلا يمكن قياسه بدرجة عالية من الاتساق، غير أن الارتفاع لا يمكن أن يكون مقياسا صادقا للقلق.

صدق المحتوى Content Validity تشير إلى السؤال: هل أحد المقاييس يحتوي عينات وافية من المجال موضع الاهتمام؟ فسوف نقوم مثلا في موضع لاحق من هذا الفصل بوصف مقابلة شخصية تستخدم كثيرا للوصول إلى تشخيص لاضطرابات المحور الأول. وهذه المقابلة تتميز بدرجة ممتازة من صدق المحتوى لأنها تتضمن أسئلة تتناول جميع الأعراض الخاصة باضطرابات المحور الأول. وهناك مثال آخر. فلتأخذ مثلا مقياسا للضغط النفسي في الحياة سنقوم بدراسته بتفصيل أكثر فيما يلي. وهذا المقياس يتألف من قائمة تتكون من 43 من الخبرات الحياتية. ويقوم الخاضعون للمقياس بتحديد

أي من تلك الخبرات - مثل فقد العمل مثلا - تعرضوا له في فترة زمنية معينة، وليكن العام الماضي مثلا. إلا أن صدق المحتوى أقل مصداقية هنا لأن الكثير من الأفراد يمكن أن يتعرضوا لخبرات حياتية غير واردة في الاستبيان.

صدق المعيار Criterion Validity يتم تقييمها من خلال تحديد إذا كان مقياس ما يرتبط بمقياس آخر المعيار وفقا لما هو متوقع. وإذا تم قياس كلا المتغيرين في نفس اللحظة الزمنية فإن الصدق الناتجة تسمى صدق التزامن Concurrent Validity. فسوف نقوم فيما يلي - على سبيل المثال - بوصف مقياس للأفكار السلبية التي يعتقد أنها تلعب دورا مهمًا في الاكتئاب. ويمكن تحديد صدق المعيار لهذا المقياس من خلال إثبات أن الأفراد المصابين بالاكتئاب يحصلون على درجات في الاختبار أعلى من غير المصابين به. ويمكن من ناحية أخرى تقييم صدق المعيار من خلال تحديد مدى قدرة هذا المقياس على التنبؤ بمتغير آخر يتم قياسه في لحظة زمنية ما في المستقبل، وهو ما يشار إليه في كثير من الأحيان الصدق التنبؤي Predictive Validity. فنجد مثلا أن اختبارات حاصل الذكاء تم ابتكارها أصلا للتنبؤ بالأداء الدراسي للطلاب في المستقبل. ويمكن بالمثل استخدام مقياس الأفكار السلبية للتنبؤ بالإصابة بالاكتئاب في المستقبل. وباختصار، يعد كل من الصدق المتزامنة وصدق التنبؤ نوعين من صدق المعيار.

وتعد الصدق المفهوم Construct Validity مفهوما أكثر تعقيدا. فهي تكون مناسبة عندما نريد اعتبار أحد الاختبارات مقياسا لأحد الخصائص أو المكونات المعرفية التي لا يتم ملاحظتها بسهولة أو بوضوح Cronbach & Meehl, 1955; Hyman, 2002 . والمكون المعرفي هو صفة يتم استنتاجها، مثل القلق أو الأفكار المعرفية المشوهة. ولنتناول على سبيل المثال أحد الاستبيانات المتعلقة بقابلية الإصابة بالقلق. فإذا كان الاستبيان يتميز بصدق المكون المعرفي فإن الأفراد الذين يحصلون على درجات مختلفة في الاختبار سيختلفون بالفعل في قابلية الإصابة بالقلق. لكن مجرد تسمية الاختبار مقياسا لقابلية الإصابة بالقلق وأن الأسئلة تبدو أنها تدور حول الميل إلى القلق "إنني أصبح قلقا في العديد من المواقف" لا يعني وجود ما يؤكد على أن هذا الاختبار مقياس صادق لمكون قابلية الإصابة بالقلق.

ويتم تقييم صدق المكون المعرفي من خلال دراسة مجموعة شديدة التنوع من البيانات المستقاة من مصادر متعددة قارن ذلك بصدق المعيار التي يتم فيها تقييم أحد الاختبارات بمقارنته بواحدة فقط من المعطيات الأخرى . فيمكن مثلا المقارنة بين الأفراد الذين تم تشخيص اضطراب القلق عندهم والأفراد الذين لم يحدث معهم ذلك فيما يتعلق بالدرجات التي حصلوا عليها على مقياس التقرير الذاتي الذي وضعناه لقياس قابلية الإصابة بالقلق. ويمكن لمقياس التقرير الذاتي أن يحقق قدرا من صدق المكون المعرفي

إذا حصل الأفراد المصابون باضطراب القلق على درجات أعلى من الأفراد غير المصابين بهذا الاضطراب. ويمكن تحقيق قدر أكبر من صدق المكون المعرفي من خلال إثبات أن مقياس التقرير الذاتي كان يرتبط بمقاييس أخرى يعتقد أنها تعكس القلق - مثل الملاحظات الخاصة بالتململ والارتعاش - ومؤشرات فسيولوجية مثل زيادة معدل ضربات القلب أو التنفس السريع. وعندما يتم الربط بين مقياس التقرير الذاتي وهذه المقاييس المتعددة التشخيص والمؤشرات المبنية على الملاحظة والمقاييس الفسيولوجية تزداد فيه صدق المكون المعرفي.

وبصفة أعم، ترتبط صدق المكون المعرفي بالنظريات. فيمكن مثلا أن نفترض أن قابلية الإصابة بالقلق تحدث إلى حد ما بسبب وجود تاريخ عائلي للقلق. ويمكن بعد ذلك الحصول على المزيد من الأدلة على أن الاستبيان الذي نقوم به يتميز بصدق المكون المعرفي من خلال إثبات أنه يتصل بالتاريخ المرضي للقلق في إحدى العائلات. وكان يمكن أيضا أن نجمع أدلة تعزز نظريتنا الخاصة بقابلية الإصابة بالقلق. وهكذا نجد أن إثبات صحة المكون المعرفي تعد خطوة مهمة في اختبار النظرية.

كذلك تحظى صدق المكون المعرفي بأهمية رئيسة بالنسبة لفئات التشخيص. وسنناقش فيما يلي بتفصيل أكبر مسالة صدق المكون المعرفي والدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض النفسية الخامس DSM-5 .

التصنيف والتشخيص Classification and Diagnosis

حالة سريرية: روكسين

"روكسين" امرأة في منتصف العمر أحضرتها الشرطة إلى حجرة الطوارئ النفسية في البلدة. كانوا قد وجدوها تجري في شارع مزدحم وهي تضحك بصوت مرتفع وتصطدم بالناس. كانت ملابسها متسخة وممزقة. وعندما قاموا باستجوابها كانت تتحدث بسرعة كبيرة وكان من الصعب فهم ما تقول. وفي حجرة الطوارئ خلصت نفسها من الشرطة وأخذت تجري في الردهة، وخلال ذلك أوقعت اثنين من الأطباء على الأرض وهي تصرخ بأعلى صوت لها "أنا المسيح الحي! هيا اتبعوني!" أعادتها الشرطة إلى حجرة الفحص وأخذ الأطباء في وضع الفرضيات. كان من الواضح أنها تمتلئ طاقة. فهل عانت صدمة ما؟ لقد كانت تعتقد أنها تتمتع بقدرات روحانية خاصة، فهل يكون ذلك توهم؟ ولسوء الحظ لم يتمكن طاقم الأطباء من الحصول على الكثير من المعلومات من خلال مقابلة شخصية معها بسبب حديثها المتسارع والمتوتر. فالذي حدث هو أن "روكسين" جلست جلسة قلقة وهي تتنفس بصعوبة وتضحك أو تصرخ من حين لآخر، ولم يكن في الإمكان البدء في العلاج دون فهم سبب سلوكها غير الطبيعي. وعندما فشل

الأطباء في تهدئة "روكسين" ساعدت الشرطة طاقم الأطباء في الاتصال بأفراد عائلتها الذين شعروا بالارتياح عندما علموا أن "روكسين" سالمة. لقد اختفت فجأة من المنزل في اليوم السابق. وذكر أفراد العائلة تاريخا مرضيا طويلا من اضطراب ثنائية القطب الذي كان يعرف سابقا باكتئاب الهوس . وهكذا كان في الإمكان البدء في العلاج استنادا إلى فكرة أن "روكسين" كانت تعاني نوبة جديدة من الهوس المصاحب لاضطراب ثنائية القطب الذي تعانيه منذ فترة طويلة.

نظام التشخيص الخاص بالجمعية الأمريكية للطب النفسي The Diagnostic System of the American Psychiatric Association: DSM-5

نركز في هذا القسم من الكتاب على نظام التشخيص المعتمد الذي يستخدمه أخصائيو الصحة النفسية، وهو الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض النفسية Diagnostic and Statistical Manual Disorders DSM ، في طبعته الخامسة الذي يشار إليه عادة باسم DSM-5 www.dsm5.org . وقد تم إطلاق DSM-5 في مايو 2013. وفي هذا الفصل، سنتعرض تاريخ الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض النفسية، والمقومات الأساسية لهذا الدليل سنتحدث عن نقاط القوة فيه، ثم نتطرق بعد ذلك إلى بعض الانتقادات الموجهة لهذا النظام وكذلك لعملية التشخيص بصفة عامة.

قامت الجمعية الأمريكية للطب النفسي في عام 1952 بنشر الدليل التشخيصي والإحصائي DSM الذي قامت بوضعه. لكن الطبعة التي صدرت من هذا الدليل كانت متأثرة بأنظمة التصنيف التي سبقته، وخضع للتنقيح خمس مرات منذ عام 1952. وفي عام 1994 صدرت طبعة DSM-IV، ثم صدرت "النسخة المعدلة" - DSM-IV-TR - بعد ذلك في يونيو من عام 2000 انظر التركيز على الاكتشاف 3-1 . ولم تحتو النسخة المنقحة التي صدرت في عام 2000 على تغيرات تذكر في فئات ومعايير التشخيص. فتلك النسخة كانت بالأحرى تقدم ملخصا للنتائج البحثية الجديدة المتعلقة بمعدلات انتشار الاضطرابات ومسلكها ومسبباتها أسبابها . وأخيراً صدرت الطبعة الخامسة، وسوف نوضح الفروق الرئيسة بين الدليل التشخيصي والإحصائي النسخة الرابعة المعدلة والدليل التشخيصي والإحصائي النسخة الخامسة .

كل نسخة من الدليل التشخيصي والإحصائي تحتوى على تطورات. فبدءًا من الطبعة الثالثة لـ DSM حتى الآن، أي جهد يبذل يزيد من ثبات وصدق الفئات التشخيصية. فهناك تطوران أساسيان تم تقديمهما في الصورة الثالثة من الدليل التشخيصي والإحصائي ومازالت محتفظا بها في باقي الطبعات التالية.

1- الفئات التشخيصية المحددة: وهي شرح تفصيلي دقيق للأعـراض الخاصـة بتشـخيص مـا، وسرد يحتوي على تعريفات للأعراض السريرية، بحيث تعـرف في المعـاجم. وجـدول 3-1 يقارن بين توصيفات إحدى نوبـات الهـوس في الإصـدارة DSM-II والمعـايير التشخيصـية الموجودة في إصدارة DSM-IV-TR. لاحظ أن هذه الإصدارة الأخـيرة تتفـوق كثـيرا عـلى سابقيها من حيث التفاصيل والتجريد.

2- توصف خصائص كل تشخيص بأنها أكثر شمولا من إصدار الدليل التشخيصي والإحصائي - الثاني DSM-II. فيوجد لكل اضطراب وصف للخصائص الأساسية ثم الخصـائص الأخـرى المرتبطة به مثل النتائج المعملية مثلا تضخم البطينات في حالة الفصام ، ونتائج الفحـص الجسدي مثلا حالات الخلل في نشاط الكهـربي electrolyte imbalance لـدى المصـابين باضطرابات الأكل . ثم نجـد ملخصًـا للأبحـاث السـابقة يقـدم لنـا معلومـات حـول سـن الإصابة بالاضـطراب، وتطـور الإصـابة، وحجـم الانتشـار ونسـبته بـين الجنسـين، والـنمط العائلي للإصابة، والتشخيص الفارقي أي كيفية التمييز بين طرق التشخيص المتشابهة .

أهم الاكتشاف 3-1

عرض تاريخي للتصنيف والتشخيص

بحلول نهايـة القـرن التاسـع عشر وعنـدما أدرك النـاس أن الأمـراض المختلفـة تحتـاج إلى علاجات مختلفة، تحسنت طرق التشخيص الطبية. وخلال نفس الفـترة قـدمت بعـض العلـوم الأخرى مثل علم النبات وعلم الكيميـاء بعـض ابتكـار أنظمـة التصـنيف. وانبهـر البـاحثون في مجال الأمراض النفسية بهذه النجاحات فحاولوا ابتكار أنظمة تصنيف. إلا أنه لسـوء الحـظ لم يتحقق التقدم في مجال تصنيف الاضطرابات النفسية بسهولة.

الجهود الأولى في مجال تصنيف المرض النفسي:

قام "إميل كرايبيلين" 1926-1856 Emil Kraepelin بتـأليف نظـام تصـنيفي مبكـر في كتاب له في الطب النفسي، تم نشره لأول مرة في عـام 1883. حـاول في نظـام تصـنيفه تحديـد الطبيعة البيولوجية للأمراض العقلية. كما لاحظ "كرايبيلين" أن بعض الأعـراض تتجمـع معـا في متلازمة. ووصف مجموعة من المتلازمـات، وافـترض أن لكـل منهـا نفـس السـبب البيولـوجي، والأعراض، والنتيجة. وبالرغم من أن فعالية العلاجات فعالة لم يتم تحديدها، فعلى الأقل يمكن توقع مسار المرض.

واقـترح "كـرايبيلين" مجمـوعتين رئيسـتين مـن الأمـراض العقليـة الشـديدة: مبـتسر الخرف dementia praecox مصطلح المبكر لمرض انفصام الشخصية والهوس الاكتئـابي الـذهاني manic-depressive psychosis مصـطلح المبكـر للاضـطراب ثنـائي القطـب .

وافترض أن هناك خللا كيميائيا هو سبب الخرف مبتسر، بينما عدم انتظام الأيض هو الأساس في اضطراب الهوس الاكتئابي الذهاني. وبالرغم من نظريات "كرايبيلين" حول الأسباب لم تكن صحيحة تمامًا، فإن تصنيفه قد أثر في فئات التشخيص الحالية.

ظهور الأنظمة الخاصة بمنظمة الصحة العالمية ونظام الدليل التشخيصي والإحصائي:

في عام 1939 قامت منظمة الصحة العالمية WHO بإضافة الاضطرابات النفسية إلى القائمة الدولية لمسببات الموت ICD . وفي عام 1948 تم التوسع في القائمة لتصبح التصنيف الإحصائي الدولي للأمراض والإصابات ومسببات الموت، وهي قائمة تشمل جميع الأمراض بما في ذلك تصنيف السلوك غير السوي. ولسوء الحظ لم يكن هناك قبول واسع النطاق للقسم الخاص بالاضطرابات النفسية؛ على الرغم من أن الأطباء النفسيين الأمريكيين كان لهم مساهمات بارزة في الجهد الذي بذلته منظمة الصحة العالمية، ثم قامت الجمعية الأمريكية للطب النفسي في عام 1952 بنشر الدليل التشخيصي والإحصائي DSM الخاص بها.

وفي عام 1969 قامت منظمة الصحة العالمية بنشر نظام تصنيف جديد تم قبوله على نطاق أوسع. وفي المملكة المتحدة تم وضع مسودة للتعريفات لكي يصاحب النظام الخاص بمنظمة الصحة العالمية General Register Office, 1968 . وصدرت إصدارة ثانية من الدليل الخاص بالجمعية الأمريكية للطب النفسي تسمى DSM-II في عام 1986، وكانت هذه الإصدارة تشبه النظام الخاص بمنظمة الصحة العالمية. إلا أنه حتى تلك اللحظة لم يكن هناك إجماع بين هذا المبحث العلمي. فعلى الرغم من أن الإصدارة الثانية من الدليل DSM-II والمسودة البريطانية لتعريفات الاضطرابات النفسية حددا بعض الأعراض الخاصة بطرق تشخيص الأمراض، فان كلا النظامين قام بتحديد أعراض مختلفة لاضطراب واحد! وهكذا كانت طرق ممارسة التشخيص لا تزال مختلفة اختلافا واسعا.

وفي عام 1980 قامت الجمعية الأمريكية للطب النفسي بنشر دليل تشخيصي منقح تنقيحا موسعا DSM-III، ثم إصدارة منقحة إلى حد ما DSM-III-R في عام 1987. وفي عام 1988 أخذت الجمعية الأمريكية للطب النفسي في إعداد الإصدارة الرابعة DSM-IV. وقامت الجمعية بتشكيل ثلاث عشرة مجموعة عمل كانت تضم الكثير من علماء النفس، وكانت مهمة تلك المجموعات تحليل وتقييم إصدارة الدليل DSM-III-R، واستعرض الدراسات السابقة، وتحليل البيانات التي تم جمعها مسبقا، وتجميع بيانات جديدة. وقامت تلك اللجنة بتبني منهج مهم جديد، وهو ذكر أسباب اختلاف التشخيص بوضوح وجمع المعلومات التي تؤيد هذه الاختلافات. ففي الإصدارات السابقة من الدليل

لم تكن الإصدارات السابقة لم تكن تحتوي على هذه النوعية من المعلومات، وهو ما كان يعني في بعض الأحيان عدم وضوح أسباب التغيرات التي تطرأ على التشخيص.

وقد سألت مجموعات العمل عن تتبع مبادئ في المراجعات التالية. كما حدث في الإصدارة الرابعة المعدلة DSM-IV-R معتمدة على البيانات. مما دفع المختصين إلى أهمية طرح الإصدارة الخامسة DSM-5 لتكون مفيدة للإكلينيكيين، حيث تهدف إلى عمل إبداعات في البحث العلمي

قدم كل من الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع DSM-IV والرابع المعدل DSM-IV-TR مرتكزًا على القضايا الثقافية بالإضافة إلى استخدام أبعاد منفصلة - أو محاور - لتصنيف الأفراد. وكما يوضح شكل 3-2 يشمل الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل على خمسة محاور. وأن هذا النظام التصنيفي متعدد المحاورMulti Axial Classification System - طبقًا للمناقشات المطلوبة لكل محور من المحاور الخمسة - يركز التشخيص في ضوء كم شديد التنوع من المعلومات. فيشمل المحور الأول جميع الفئات التشخيصية فيما عدا اضطرابات الفردية والتأخر العقلي الذهنية التي تكون المحور الثاني. وهكذا يشمل المحوران الأول والثاني تصنيف الاضطرابات العقلية. أما المحور الثالث فيحتوي على الأمراض الطبية. حيث يحتوى الدليل التشخيصي والإحصائي على كثير من الاضطرابات الناتجة من حالة طبية أو إلى سوء استخدام العقاقير. أما المحور الرابع فيركز على المشكلات الاجتماعية النفسية التي يمكن أن تحدث هذه الاضطرابات، بما في ذلك مشكلات العمل، أو المشكلات الاقتصادية، أو المشكلات الفردية. وأخيرا يشير الطبيب السريري - على المحور الخامس - إلى المستوى الحالي من الأداء التوافقي للفرد باستخدام مقياس التقييم الشامل للأداء GAF تتراوح شدته ما بين 0 – 100، حتى يتمكن الطبيب من دراسة العلاقات الاجتماعية للمريض والأداء الوظيفي والانتفاع من وقت الفراغ. كما سنناقش في الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس DSM-5 فهو لا يستخدم هذه المحاور التصنيفية.

جدول 3-1 المقارنة بين وصف الهوس في الإصدارة الثاني DSM-II مقارنة بالإصدارة الرابع- المعدل DSM-IV-TR:

الدليل التشخيصي والإحصائي - الثاني DSM-II 1968, p.36 :

مرض الهوس الاكتئابيmanic depressive illness، نمط هوسيmanic type. يتمثل هذا المرض على وجه الحصر في نوبات من الهوس. وتتميز هذه النوبات بوجود إحساس بالانتشاء، وقابلية الاستثارة، وكثرة الكلام، وتطاير الأفكار، والحديث والنشاط الحركي المتسرعين. وفي بعض الأحيان يكون هناك فترات قصيرة من الاكتئاب، لكنها لا تكون أبدا نوبات اكتئاب حقيقية.

الدليل التشخيصي والإحصائي - الرابع المعدل DSM-IV-TR 2000, p.362 :

المعايير التشخيصية الخاصة بنوبة الهوس:

أ - فترة بارزة من المزاج الذي يتميز على نحو غير سوي ومتواصل بالانتشاء وعدم التحفظ وقابلية الاستثارة تستمر لمدة أسبوع واحد على الأقل أو أي مدة إذا كان من الضروري أدخل المريض إلى المستشفى .

ب- خلال فترة الاضطراب المزاجي استمرت ثلاثة أو أكثر من الأعراض التالية أربعة إذا كان المزاج قابلا للاستثارة فقط ولا تزال موجودة بدرجة كبيرة:

1- إحساس مبالغ فيه بالاعتداد بالنفس أو جنون العظمة.

2- قلة الاحتياج إلى النوم مثلا يشعر الشخص أنه حصل على قدر ملائم من النوم بعد ثلاث ساعات فقط .

3- زيادة الكلام أكثر من المعتاد، أو المشقة من أجل استمرار الكلام.

4- هروب الأفكار، أو خبرة ذاتية تتمثل في أن الأفكار تتسابق.

5- قابلية تشويش الانتباه أي أن الانتباه ينجذب بسهولة كبيرة إلى مثيرات غير مهمة أو خارجية .

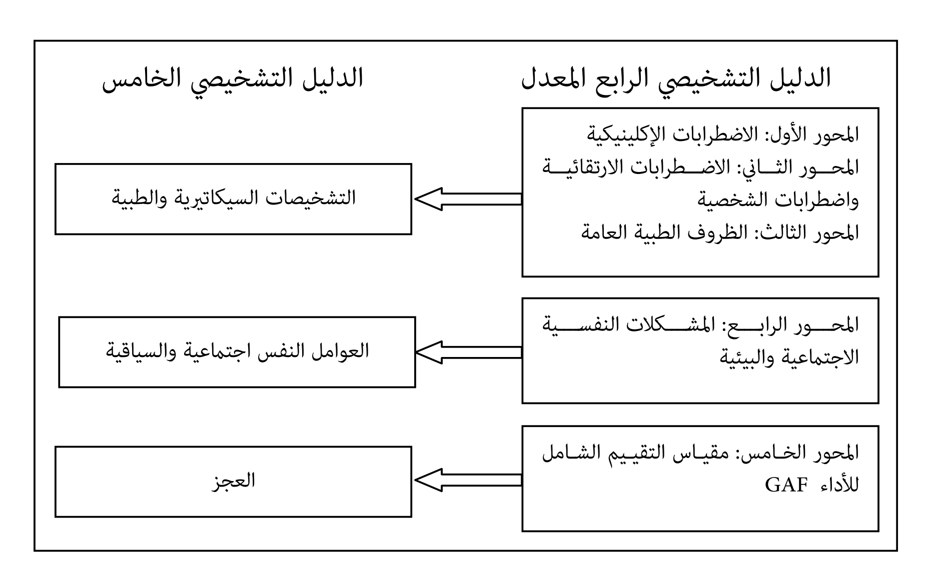
6- زيادة النشاط الموجه لتحقيق الأهداف إما اجتماعيا أو في العمل أو الدراسة أو جنسيا أو هياج نفسي حركي.

ج- الانخراط المفرط في الأنشطة التي تسبب المتعة والتي تنطوي على احتمال كبير لحدوث عواقب مؤلمة مثلا شرب الخمور بإفراط، أو الحماقات الجنسية، أو الاستثمارات التجارية الفاشلة .

د- الأعراض لا تتطابق مع المعايير الخاصة بالنوبة المختلطة Mixed Episode.

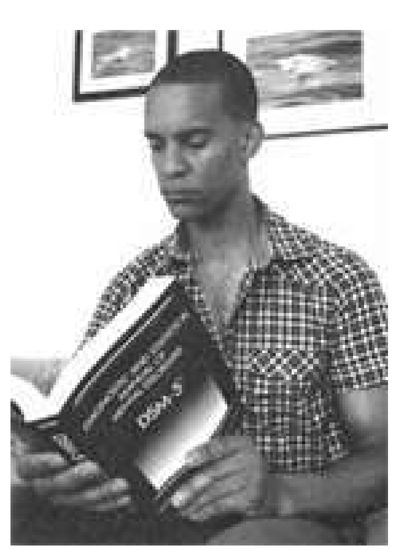
هـ- الاضطراب المزاجي شديد بما يكفي للتسبب في حدوث خلل ملحوظ في الأداء المهني أو في الأنشطة الاجتماعية المعتادة أو في العلاقات مع الآخرين، أو يجعل من الضروري إدخال المريض إلى المستشفى لمنعه من إيذاء نفسه أو الآخرين، أو أن المريض يعاني بعض مظاهر الذهان.

و- الأعراض ليست نتاج تأثير فسيولوجي مباشر لأحد العقاقير مثلا عقار يساء استخدامه، أو دواء، أو علاج آخر ، أو حالة طبية عامة مثلا فرط الدرقية .



شكل 3-2 لم يستخدم الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس نظام التصنيف متعدد المحاور كما في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل

إزالة نظام متعدد المحاور: كـما يتضـح في شـكل 3-2 ، فقد تم إزالة نظـام التصـنيف متعـدد المحـاور الموجــود في الــدليل التشــخيصي والإحصــائي الرابــع المعـدل في الـدليل التشـخيصي والإحصـائي الخـامس. ففي المحـاور الثلاثـة للـدليل التشـخيصي والإحصـائي الرابــع المعــدل تــم دمجهــا في فئــة التشخيصــات السيكاتيرية والطبية في الدليل الخامس. كذلك محـور المشـكلات النفسـية الاجتماعيـة والبيئيـة تـم تغيـيره ليكون متشابها مع المستخدم في المجتمـع العـالمي في التصنيف العالمي لمنظمـة الصحـة العالميـة ICD.أمـا المحـور الخـامس في الـدليل الرابـع المعـدل فقـد تـم إبداله في الدليل الخامس لقياس العجز طبقًا لجـدول تقيـيم العجـز في منظمـة الصحـة العالميـة World Health Organization Disability Assessment . Schedule WHODAS



يُعد الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس هو النظام التشخيصي الراهن للرابطة الأمريكية للطب النفسي، وتم طرحه في عام 2013

تصنيف التشخيصات حسب الأسباب: يُعرف الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس التشخيصات الكلية على أساس الأعراض. وقد جادل البعض بأن التقدم في فهمنا للمسببات أسباب يمكن أن يساعدنا إعادة النظر في هذا المنهج. فعلي سبيل المثال، اضطراب الفصام واضطراب الفردية الفصامية تشتركان بدرجة كبيرة في الجانب الوراثي. فهل يمكن أن تنعكس هذه التدخلات في نظام التشخيص؟ فالبعض افترض اعتماد التشخيصات على التوازن في النشاط المستقبلات العصبية، والتقلبات المزاجية والانفعالية، والمحفزات الاجتماعية. لكن بعد تطور الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس أصبح واضحًا أن معرفتنا ليست كافية بدرجة كافية لتنظيم عملية التشخيص معتمدًا على السبب Hyman, 2010 .

وعلى النقيض، بعض التغيرات الحادثة تعكس نمو المعرفة بالأسباب. فالتشخيصات في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل تتجمع في فئات بناءً على التشابه في الأعراض. أما الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس، فقد تم تنظيم فصوله لتعكس أنماط التشابه في الأسباب. فعلي سبيل المثال، تم تصنيف اضطراب الوسواس القهري ضمن فئة اضطراب القلق في DSM-IV-TR. لكن أسباب هذا الاضطراب تبدو مختلفة جنينًا وعصبيًا مقارنة باضطراب القلق، وسوف نناقش ذلك في الفصل السابع. وقد انعكس ذلك، في فصل جديد في الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس يشمل الاضطرابات التي غالبًا تحدث وتشترك في بعض عوامل الاستهداف كما في اضطراب الوسواس القهريobsessive-compulsive disorder، واضطراب الاكتناز hoarding disorder، واضطراب التشويه الجسمي body dysmorphic disorder.

الاعتبارات العرقية والثقافية في الدليل التشخيصي والإحصائي DSM

المرض النفسي مرض عالمي، فلا توجد ثقافة يخلو أفرادها من المرض النفسي. إلا أنه توجد الكثير من العوامل الثقافية التي تؤثر في العوامل التي تزيد من خطورة الإصابة بالمرض النفسي مثلا الترابط الاجتماعي، والفقر، وسهولة الحصول على العقاقير التي يساء استخدامها، والمشقة النفسي ، وفي نوع الأعراض، واستعداد المريض لطلب المساعدة، والعلاجات المتاحة. وفي بعض الأحيان تكون هذه الاختلافات الثقافية عميقة. فنجد مثلا أنه على الرغم من أن الرعاية الصحية النفسية متاحة على نطاق واسع في الولايات المتحدة الأمريكية، فإن معدل هذه الرعاية في الدول الإفريقية الواقعة جنوب الصحراء الغربية يقدر بطبيب نفسي واحد لكل مليوني فرد World Health Organization, 2001, p.17 .

والاختلافات الثقافية لا تلعب دوما دورها بالطريقة التي قد نتوقعها. فنجد على سبيل المثال أنه على الرغم من سهولة الحصول على الرعاية الطبية في الولايات المتحدة،

أثبتت دراسة كبرى أن علاج الفصام يأتي بنتائج في نيجيريا والهند وكولومبيا أفضل منها في الدول الأكثر تقدما صناعيا بما في ذلك الولايات المتحدة الأمريكية Sartorius, 1986 . وبالنسبة للأفراد الذين يهاجرون من المكسيك إلى الولايات المتحدة نجد أن احتمال انطباق معايير المرض النفسي عليهم يصل في البداية إلى النصف مقارنة بالأفراد من أصل أمريكي، لكن بمرور الوقت يتزايد إصابتهم باضطرابات معينة هم وأطفالهم - مثل سوء استخدام العقاقير - بحيث تقترب نسبة خطورة الإصابة بالاضطرابات منها في الأفراد من أصل أمريكي Alegria, 2008 . وكما يتضح في جدول 3-2 إن معدلات انتشار الاضطرابات النفسية تميل للارتفاع لدى الولايات المتحدة مقارنة بالدول الأخرى. وإذا كنا نريد فهم كيف تحدد الثقافة عوامل المخاطرة، وظهور الأعراض، ونتائج العلاج، فنحن في حاجة إلى نظام تشخيص يتميز بالثبات والصدق ويمكن تطبيقه في مختلف الدول والثقافات.

كانت الطبعات السابقة من دليل DSM تتعرض للانتقاد لأنها كانت لا تعير الانتباه للاختلافات الثقافية والعرقية في الاضطرابات السلوكية والنفسية. ولهذا تحاول الطبعة DSM-IV-TR زيادة قدرة الأطباء على اكتشاف العوامل الثقافية، وذلك من خلال ثلاث طرق: 1 وضع إطار عام لتقييم الدور الذي تلعبه الثقافة والعرقية؛ 2 تقديم وصف للعوامل الثقافية والطبيعة العرقية في كل من الاضطرابات؛ 3 ملحق يضم قائمة بالمتلازمات المرضية التي ترتبط بعوامل ثقافية. وفي الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس تسمى زملة المرتبطة بالثقافة بكونها مفاهيم المشقة الثقافية. كما أنه يحتوى على مقابلة التقدير الثقافي. تعتد المقابلة على ستة عشر سؤالا يستطيع الإكلينيكيون فهم كيفية تشكيل الثقافة للحالة المرضية.

جدول 3-2 معدلات انتشار أكثر الاضطرابات شيوعاً

في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل حسب البلد

البلد	اضطراب القلق	اضطرابات المزاج	اضطرابات المواد	أي اضطرابات أخرى
أمريكا				
كولومبيا	10.0	6.8	2.8	17.8
الولايات المتحدة	18.2	9.6	9.6	26.4
أوربا				
فرنسا	12.0	8.5	0.7	18.4
ألمانيا	6.2	3.6	1.1	9.1
إيطاليا	5.8	3.6	0.1	8.2

البلد	اضطراب القلق	اضطرابات المزاج	اضطرابات المواد	أي اضطرابات أخرى
الشرق الأوسط	11.2	6.6	1.3	16.9
وإفريقيا	3.3	0.8	0.8	4.7
لبنان				
نيجيريا				
آسيا				
اليابان	5.3	3.1	1.7	8.8
بكين	3.2	2.5	2.6	9.1

وبوجه عام، حذر الأطباء من تشخيص الأعراض بأنها شاذة إلا إذا روعي إشكالية ثقافة الفرد. فالأفراد يختلفون في درجة جماعتهم الثقافية أو العرقية. فالبعض ينفصل عن الثقافة السائدة، في حين يرغب البعض في الحفاظ على العلاقات الوثيقة مع خلفيتهم الثقافية. ومن ثم ينصح الأطباء بأن يضعوا في اعتبارهم باستمرار كم الثقافة والعرق، والتأثير في التشخيص والعلاج. وسوف نعود إلى هذا الموضوع عندما نغطي تقييم المقاييس.

فالانتباه يزداد نحو مزيد من الاهتمام إلى كيفية تشكيل الثقافة أعراض اضطراب معين. على سبيل المثال، كل من أعراض الفصام على سبيل المثال الضلالات والهلاوس والاكتئاب على سبيل المثال المزاج المكتئب وفقدان الاهتمام أو المتعة في الأنشطة متشابهة عبر الثقافة Draguns, 1989 . لكن سنناقش ذلك في الفصل السادس. حيث من الأرجح أن اليابان أكثر من الولايات المتحدة في تركيزها على مخاوف إغضاب الآخرين Kirmayer, 2001 . ففي تقييم الأعراض يتعين على الأطباء أيضًا إدراك تشكيل الثقافات للغة المستخدمة في وصف المشقة، على سبيل المثال، فإنه من الشائع لوصف الحزن أو القلق بمصطلحات جسمية مثل "أنا مريض في قلبي" أو "قلبي ثقيل" وليس في حيث الجانب النفسي.

إن الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس DSM-5 يشتمل على تسعة مفاهيم ثقافية للمشقة لتصف التشخيصات التي تبدو داخل مناطق محددة. ومن الضروري أن نلاحظ أن المفاهيم المرتبطة بالثقافة لا توجد خارج الولايات المتحدة. فعلى سبيل المثال أن البعض يرون إدراج اضطرابات الأكل في الدليل باعتبارها متلازمة مرتبطة بالثقافة الغربية، وسوف نتناول هذا الموضوع بتفصيل أكثر في الفصل الحادي عشر. وفيما يلي أمثلة على بعض المتلازمات المرضية الموجودة في الدليل:

- درهـات Drhat: مصـطلح يسـتخدم في الهنـد لتشـير إلى القلـق الشـديد حيـال إفـراز الحيوانات المنوية.



الأعراض الأساسية للاكتئاب تبدو متشابهة عبر الثقافات

- شـينجين شـواريو الـوهن العصـبي Shinjing Shuairuo: إحدى الحالات التشخيصية الشائعة في الصـين، وتتميـز هـذه المتلازمـة المرضـية بالإرهـاق، والـدوار، ونوبـات الصـداع، والألم، وضـعف التركيـز، ومشاكل في النوم، وفقدان الذاكرة.
- تيجـين كوفيوشـوTaijin Kyofusho: الخـوف مـن مضايقة الآخرين من خلال التقاء نظـرات العـين، أو احمرار الوجه، أو تشوه جسدي ملحوظ، أو الرائحة الكريهة للجسـم. وينـتشر هـذا الاضـطراب أكـثر مـا ينتشر في اليابان، لكن تم رصـد حـالات في الولايـات المتحـدة الأمريكيـة. فيبـدو أن التقاليـد الثقافيـة في اليابـان تـولي اللياقـة الاجتماعيـة والترتيـب الهرمـي للمجتمع اهتماما أكثر من غيرهما، مما يؤدي على الأرجح إلى زيادة خطـر الإصـابة بهـذه الأعراض Fabrega, 2002 .

بالرغم من عدم ذكـر قائمـة في الـدليل التشـخيصي والإحصـائي الخـامس، بعـض الـزملات المرتبطة الثقافية التي تركز على البحث. وفيما يلي أمثلة على ذلك:

- أموك Amok: نوبة تفارقية تستمل على فترة من التفكـير الحـزين يتبعهـا هيـاج عنيـف يكون محاولة انتحار في بعض الأحيان. وعادة ما يكون السبب في قدح زنـاد هـذه النوبـة هو التعرض للإهانة. وتوجد أساسًا فيما بين الرجال. وكثيراً ما يصاحب تلك النوبـة كـذلك ضلالات بالاضطهاد. وكلمة amok كلمة مليزيـة يعرفهـا القـاموس بأنهـا "سـعار القتـل". ولعلك سمعت من قبل تعبير "run amok" أي "جُنَ جنونه".
- كورو Koru: يوجد في جنوب شرق آسيا، وهي نوبة مـن القلـق الشـديد حيـال إمكانيـة تراجع القضيب أو الحلمات إلى داخل الجسد مما يؤدي إلى احتمال الموت.

- مرض الأشباح Ghost Sickness: استغراق شديد في الموت والأموات عند بعض قبائل الهنود الحمر.

وقد ناقش البعض أن نحاول تحديد المتلازمات واسعة التي يمكن تحديدها عبر الثقافات، في ضوء ذلك تم مناقشة إدراج مفاهيم الثقافية للمشقة ضمن الأعراض التشخيصية Lopez-Ibor, 2003 . ودعمً لهذا الموقف، أشاروا إلى أن عددا من المفاهيم الثقافية للمشقة التي تختلف تمامًا عن الفئات الرئيسة لتشخيص DSM. فعلى سبيل المثال، تقابل "كلينمان" Kleinman 1986 مع مائة فرد من الجمهور الصيني، ممن سبق تشخيصهم ضمن فئة شينجين شواريو Shinjing Shuairuo، فوجد أن 78 في المائة منهم تم استيفاء معايير التشخيص لاضطراب الاكتئاب، واستجاب الكثير منهم للأدوية المضادة للاكتئاب.



يجب على المعالج أخذ الفروق الثقافية في الطرق التي يوصف بها المرضي لمشكلاتهم في اعتباره

وأشار "سوزوكي" Suzuki وزملاؤه 2003 إلى تداخل أعراض "تيجين كوفيوشو"Taijin Kyofusho مع الرهاب الاجتماعي الخوف المفرط للتفاعل والتقييم الاجتماعي ، واضطرابات تشويه الجسم الاعتقاد الخاطئ بأن الفرد مشوه أو قبيح ، والتي هي أكثر شيوعا في الولايات المتحدة. بعض الزملات قد تعكس الاهتمام الشائع بالقلق والمشقة، ضمن المحتويات التي شكلتها ظروف الحياة والقيم Lopez-Ibor, 2003 . وبالتالي يعتقد بعض الباحثين أنه من الضروري البحث عن القواسم المشتركة بين الثقافات. في المقابل يعتقد آخرون أن مفاهيم الثقافة للمشقة مركزية المكان، لأن المعاني المحلية والفردية هي قضية رئيسة في فهم المرض العقلي Gaw, 2001 .

حالة سريرية: "لولا" Lola: مثال على حالة تشخيصية متعددة المحاور

"لولا" طالبة في السنة الأولى من المرحلة الثانوية تبلغ من العمر السابعة عشرة. انتقلت من المكسيك إلى الولايات المتحدة الأمريكية مع والديها وأخيها عندما كانت في الرابعة عشرة. بعد أشهر قليلة من وصولهم عاد والد "لولا" إلى المكسيك لحضور جنازة أخيه. وعندما حاول العودة إلى الولايات المتحدة ثانية منعته السلطات من الدخول بسبب

مشكلات في التأشيرة، ومرت حوالي ثلاث سنوات وهو لا يستطيع العودة إلى عائلته ثانية. لم يكن مرتب والدة "لولا" التي كانت تعمل كاتبة حسابات يكفي نفقات العيش، وهكذا أجبرت العائلة على الانتقال إلى حي سكني أكثر فقرا منذ عام. كانت "لولا" تتحدث الإنجليزية جيدا عندما جاءت إلى الولايات المتحدة الأمريكية، وتمكنت من تعلم الكثير من الفروق اللغوية الدقيقة من خلال مشاهدة التلفاز. وظلت خلال العامين الماضيين تواعد أحد زملائها في المدرسة الثانوية. كانا معا دوما، وتصفه هي بأنه الفرد الوحيد الذي يمكن أن تلجأ إليه عندما تشعر بالضيق. وكان المصدر الوحيد لقلق الأم على ابنتها "لولا" هو أن الأخيرة كانت تعتمد على عشيقها أكثر من اللازم، فكانت تطلب منه النصح في كل قرار كبير أو صغير، وكانت تحذر من الاختلاط بالمجتمع طالما لم يكن موجودا. كانت والدة "لولا" تقول: "وكأن "لولا" تخاف من أن تفكر هي بعقلها" وأشارت الأم إلى أن "لولا" كانت تعاني دوما بعض الخجل، وكان من عادتها الاعتماد كثيرا على أخيها فيما يتعلق باتخاذ القرارات والمساندة الاجتماعية عندما كانت أصغر سنا.

أخبرها عشيقها فجأة دون سابق إنذار بأنه يريد الانفصال عنها. شعرت "لولا" بكرب شديد بسبب هذا التحول، وقالت إنها أصبحت على الفور غير قادرة على النوم أو الأكل. بدأ وزنها يتناقص بسرعة ولم تعد قادرة على التركيز على واجباتها المدرسية. واشتكى أصدقاؤها من أنها لم تعد ترغب في الحديث معهم أثناء الغداء أو من خلال الهاتف. وبعد أسبوعين من التدهور المستمر تركت "لولا" ورقة تقول فيها إنها سوف تنتحر ثم اختفت من المنزل. عثرت عليها الشرطة في اليوم التالي في أحد المنازل المهجورة وهي تمسك في يدها زجاجة دواء. قالت "لولا" إنها ظلت جالسة في هذا المكان طوال الليل وهي تفكر في إنهاء حياتها. وقالت الأم إنها لم ترها أبدا من قبل في هذه الحالة من البؤس، لكنها قالت أيضا إن عددا قليل من أفراد العائلة الآخرين كانوا يعانون مما وصفته بنوبات الحزن. إلا أن هؤلاء الأفراد الموجودين في المكسيك لم يحاولوا أبدا الانتحار كما لن يتلقوا أي نوع من العلاجات المعتمدة. فبدلا من ذلك تعلمت العائلة أن تساند هؤلاء الأفراد وتمنحهم الوقت اللازم لكي يتعافوا من مرضهم بمفردهم. وبعد أن عثرت الشرطة على "لولا" أودعوها المستشفى لتخضع لعلاج مكثف.

التشخيص طبقًا DSM-IV-TR	التشخيص طبقًا DSM-5
المحور الأول: اضطراب الاكتئاب الرئيس Major Depressive Disorder المحور الثاني: اضطراب الشخصية الاعتمادية Dependent Personality Disorder المحور الثالث: لا يوجد المحور الرابع: مشكلات مع مجموعة المساندة الرئيسة الأب غير موجود مع العائلة ؛ مشكلات ترتبط بالبيئة الاجتماعية ضغط نفسي ناتج عن تبني ثقافة جديدة، علاقة مع عشيق المحور الخامس: التقييم الشامل للأداء	اضطراب الاكتئاب الرئيس Major Depressive Disorder اضطراب الشخصية الاعتمادية Dependent Personality Disorder

بالعودة إلى حالة سريرية سابقة: "روكسين": المثال الثاني في التشخيص

سابقا، وصفنا حالة "روكسين" التي جلبت إلى غرفة الطوارئ النفسية من قبل الشرطة، وفيما يلي عرض لتشخيص الحالة طبقًا لكل من الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع المعدل، والدليل التشخيصي الإحصائي الخامس.

التشخيص طبقًا DSM-IV-TR	التشخيص طبقًا DSM-5
المحور الأول: ثنائي القطب - الهوس Bipolar I Disorder, manic المحور الثاني: لا يوجد المحور الثالث: ارتفاع ضغط الدم المحور الرابع: مشكلات في الإقامة لا مأوى المحور الخامس: التقييم الشامل للأداء	اضطراب ثنائي القطب، النوبة الراهنة الهوس Bipolar I Disorder, manic وارتفاع ضغط الدم High blood pressure

ملخص سريع:

لأن التشخيص يعد الخطوة الأولى في التفكير في أسباب الأعراض، فهو أيضًا الخطوة الأولى في العلاج التخطيط. لأن الاضطراب النفسي يتم تشخيصه على أساس الأعراض والمقابلات السريرية التي تستخدم لعمل التشخيص. مع كل القياسات، يتم تقييم

كل من الثبات اتساق القياس والصدق تقييم ما هـو صـمم لقياسـه ينبغـي تقييمهـا. وقـد تغيرت الأنظمة التشخيصية للاضطرابات النفسية عبر المائة سنة الماضية. وقد تم طـرح الـدليل التشخيصي والإحصائي الثالث، ثم يليه الرابع المعدل الذي صاحبه تحسـين الحساسـية للثقافـة. ثم الإصدار الأخير وهو الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس الذي طرح في مايو 2013.

الانتقادات المحددة للدليل التشخيصي والإحصائي:

أثيرت بعض الأسئلة والاهتمامات المحددة حول الإصدار الحالي من DSM، نعرض لـبعض هذه الاهتمامات في الأجزاء التالية:

كثرة العديد مـن التشخيصـات؟ يحتـوى الدليل التشـخيصي والإحصـائي الخـامس DSM-5 عـلى مـا يقـرب مـن ثلاثمائـة تشـخيص مختلـف. وقـد انتقـد الـبعض عدد فئات التشخيص انظر جـدول 3-3 . فعـلي سـبيل المثـال، يحتـوي الـدليل التشخيصي والإحصائي الخامس DSM-5 عـلى فئـة اضـطراب المشـقة الحـاد لـكي تضم الأعراض في أول شهر بعـد حـدوث صـدمة شـديدة. فهـل هـذه الاسـتجابات شـائعة للصـدمة لتكـون مرضـية ويـتم تشخيصـها كاضـطراب عقـلي Harvey & Bryant, 2002 ؟ وبتوسـيع النطـاق، يبـدو أن مـؤلفي الـدليل التشخيصي والإحصائي لديهم مشكلات متعددة داخل الاضطرابات السيكاتيرية بدون مبرر جيد للقيام بذلك.

جدول 3-3 عدد فئات التشخيص
في كل طبعة من الدليل التشخيصي والإحصائي

الطبعة	عدد الفئات
الطبعة الأولى DSM1	106
الطبعة الثانية DSM-II	182
الطبعة الثالثة DSM-III	265
الطبعة الثالثة المنقحة DSM-III-R	292
الطبعة الرابعة DSM-IV-TR	297
الطبعة الخامسة DSM-5	347

المصدر: بينكس وآخرون، 1992

يعترض البعض على أن النظام يتضمن الكثير من الفروق الدقيقة على أسـاس الاختلافـات الصغيرة في الأعراض. وأحد الآثار الجانبية لكثرة عدد الفئـات التشخيصـية هـو ظـاهرة تسـمى الاعتلال المشترك comorbidity، والتي تشير إلى وجود تشخيص آخر. وظاهرة الاعتلال المشترك هو القاعدة وليس الاستثناء. ومن بين الناس الذين يستوفون معايير لتشخيص واحد على الأقل للاضطرابات النفسية باستخدام الدليل التشـخيصي والإحصـائي الرابـع المعـدل DSM-IV-TR، نجد أن حوالي 45 في المائة ينطبق عليهم على الأقل واحد من التشخيصات النفسية Kessler, 2005 . ويرى البعض أن هذا التداخل هو علامة تقسـيم الأعـراض إلى متلازمـات صـغيرة جـدًا . Hyman, 2010

وهناك قضية أكثر دقة عن كثرة عدد التشخيصات وهـو أن العديـد مـن عوامـل الخطـر يمكن أن يؤدي إلى أكثر من اضـطراب. فعـلى سـبيل المثـال، بعـض الجينـات تزيـد الاسـتهداف للاضطرابات Kendler et al., 2003 . فالصدمات النفسية المبكرة، واختلال هرمونات التـوتر، والميل لحضور وتذكر معلومات سلبية عن الذات، والعصابية جمـيعهما يزيـد مـن الاسـتهداف للإصابة باضطرابات القلق وكذلك اضـطرابات المـزاج Harvey et al., 2004 . فيبـدو أيضًـا أن القلق واضطرابات المزاج تتقاسم في الجينات Kendler, 2003 . وكذلك اختلال وظيفة منطقة مخية تسمي قشرة الفص الجبهي Hyman, 2010 . وانخفاض وظيفة السيروتونين Carver, Johnson, & Joormann, 2008 . بالمثل انخفاض مستقبلات السيروتونين الانتقائية SSRIs ، مثل بروزاك، الذي يبدو في كثير من الأحيـان للتخفيـف مـن أعـراض القلـق وكـذلك الاكتئـاب Van Ameringen, 2001 . فاختلاف التشخيصات لا يبدو مميزا فقط على الأسباب أو العلاج.

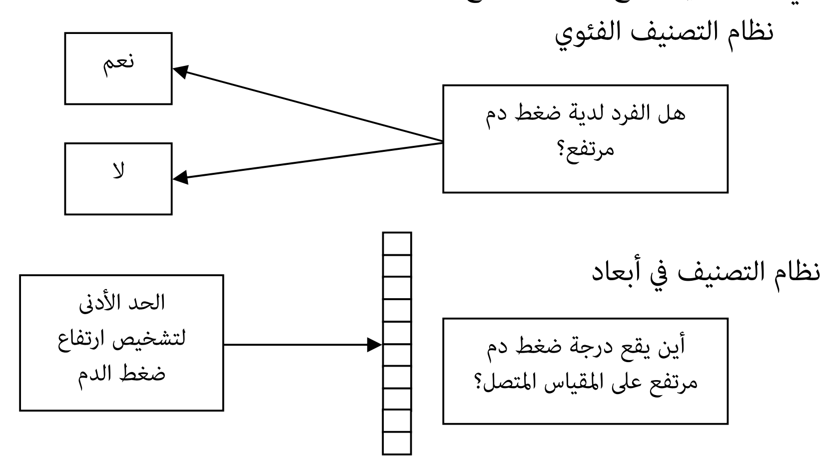
فهل معني ذلك أنه يجب ضـم بعـض الاضـطرابات في فئـة واحـدة؟ أي الضـم في مقابـل التقسيم. يعتقد البعض أنه يجب الاحتفـاظ بالتقسـيمات الدقيقـة، بيـنما الـبعض يعتقـد أنـه يجب ضمها معاً Watson, 2005 . فمن الأفراد من يعتقد أن هناك فئات عديدة للتشـخيص، بينما العديد من الباحثين توفر طرق ووسـائل لاختصـارها في فئـات تشخيصـية أوسـع، فـبعض الاضطرابات تبدو أنها تحدث بشكل أكثر تكرارًا مقارنة بغيرها. عـلى سـبيل المثـال، فـإن الفـرد الواقع تحت فئة اضطراب الفردية المعاديـة قـد ينطبـق عليـه المعـايير التشخيصـية لاضـطراب الإدمان. ففي الدليل التشخيصي والإحصائي يتم التشخيص في فئات منفصلة. وقد جادل البعض بأن اضطراب السلوك في الطفولة، واضطراب الفردية المعادية للمجتمع لدى الراشدين، وإدمان الكحول، وغيرها من أشكال الاعتماد على المخدرات تحدث في كثير من الأحيـان بحيـث ينبغـي النظـر إلى مظاهرهـا المختلفـة مـن أحـد الأمـراض الكامنـة Krueger, 2005 . هـذه الأنمـاط المختلفة من الاضطرابات يمكن اعتبارها في فئة اضطرابات خارجيا externalizing disorders.

لـذا قـام مؤلفـو الـدليل التشـخيصي والإحصـائي الخـامس بأخـذ الخطـوات نحـو هـذه الموضوعات، ففي بعض الحالات تم دمج اضطرابين معًا في اضطراب واحد. عـلى سـبيل المثـال، كان يلاحظ سابقًا في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل أن هنـاك فئـة اضـطراب سـوء استخدام مواد وفئة اضـطراب الإدمـان، ولكـن تـم دمجهـما في الـدليل التشـخيصي والإحصـائي الخامس لتصبح في فئة اضطراب سوء استخدام المواد.

التصـنيف في فئـات في مقابـل التصـنيف في أبعـاد Categorical Classification versus Dimensional Classification: اعتمـد الـدليل التشـخيصي والإحصـائي الرابـع المعدل على التصنيف الفئوي. هل هو مـريض فصـام أم لا؟ هـذا النـوع مـن التصـنيف لا

يُعد متصلا بين السلوك الطبيعي والشاذ. فعلي سبيل المثال، في جدول 3-1 نرى أن تشخيص الهوس يتطلب وجود ثلاثة أعراض من سبعة في القائمة، أو أربعة إذا كان مزاج المريض يتسم بالاستثارة. ولكن لماذا تتطلب ثلاثة أعراض بدلاً من اثنين أو خمسة؟. يفرض النظام الفئوي تحديد الأطباء لتعريف الحد الأدنى للتشخيص. وغالبًا هناك عدد قليل من الأبحاث لدعم تعريف الحد الأدنى. فالتصنيف الفئوي يدعم الانطباع المزيف Widiger, 2005 . بالإضافة إلى أن أكثر من حوالي نصف المرضى الذين يلتمسون العلاج لديهم أعراض متوسطة تقع تحت الحد الأدنى للتشخيص Helmuth, 2003 . ولا يزال العديد من الأفراد الذين يقعون تحت هذه العتبة التشخيصية يتلقون العلاج المكثف Johnson, 1992 .

وفي مقابل نظام التشخيص الذي يستخدم الفئات، نجد نظام التشخيص الذي يستخدم الأبعاد Dimensional Diagnostic System الذي يصف درجة كينونة ما موجودة مثلا مقياس للقلق يتدرج من 1 إلى 10، حيث 1 تمثل الحد الأدنى و2 تمثل الحد الأقصى . والتشخيص هنا يتضمن لمحة مختصرة وفقا لعدة أبعاد. انظر شكل 3-4 للاطلاع على شكل توضيحي للفارق بين منهج الفئات ومنهج الأبعاد .



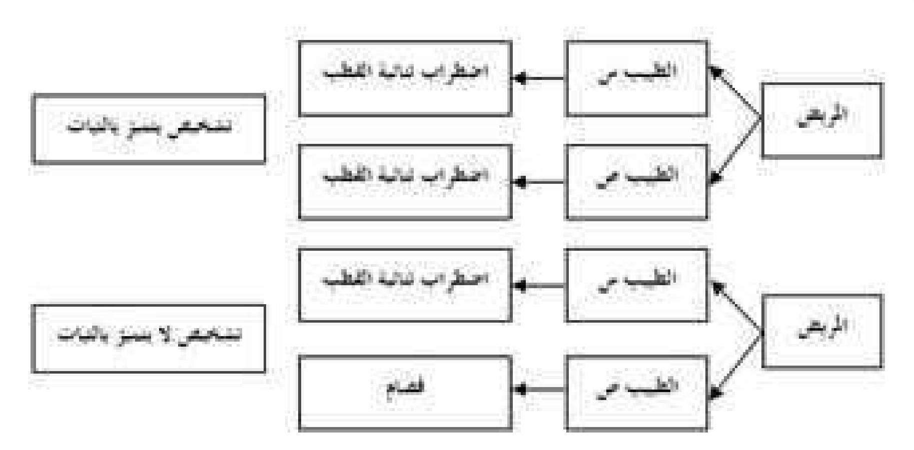
شكل 3-4: التصنيف في فئات في مقابل التصنيف في أبعاد

وأحد أسباب ما يجعل نظام الأبعاد شائعًا أنه يشمل بداخله تعريف عتبة للعلاج. ولنأخذ مثلا ارتفاع ضغط الدم hypertension. فإن مقاييس ضغط الدم تكون متصلا يناسب منهج الأبعاد بوضوح، إلا أنه عندما يحدد الأطباء عتبة ارتفاع ضغط الدم فسوف يكونون أكثر يقينا حول الوقت المناسب للعلاج. ونجد بالمثل أن وجود عتبة للضغط

السريري يمكن أن يساعد في تحديد نقطة يوصى بالعلاج عند الوصول إليها. وعلى الرغم من أن نقاط التحديد قد تكون تقديرية إلى حد ما، فيمكن أن ترشدنا.

بالرغم من الجدال المستمر، يحفظ الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس منهج الفئات في التشخيص. أما منهج التصنيف في شكل أبعاد فيستخدم في قائمة الفردية، بينما باقي التشخيصات تعتمد على التصنيف الفئوي.

الثبات في الدليل التشخيصي والإحصائي في كل مرة يتم استخدامه: لنفترض أن هناك قلقا على صحتك النفسية، وذهبت لزيارة اثنين من الأخصائيين النفسيين. تخيل الحزن الذي ستشعر به إذا اختلفا فقال الأول إنك مصاب بالفصام وقال الآخر إنك مصاب بثنائية القطب. إذن فأنظمة التشخيص لابد أن تتميز بوجود اتفاق ثنائي حتى تكون هناك منفعة. وقبل الطبعة الثالثة DSM-III كان الثبات في التشخيص في نظام DSM سيئًا للغاية، وكان السبب الرئيس في ذلك هو أن معايير التشخيص لم تكن واضحة انظر شكل 3-5 للاطلاع على شكل توضيحي للاتفاق الثنائي .



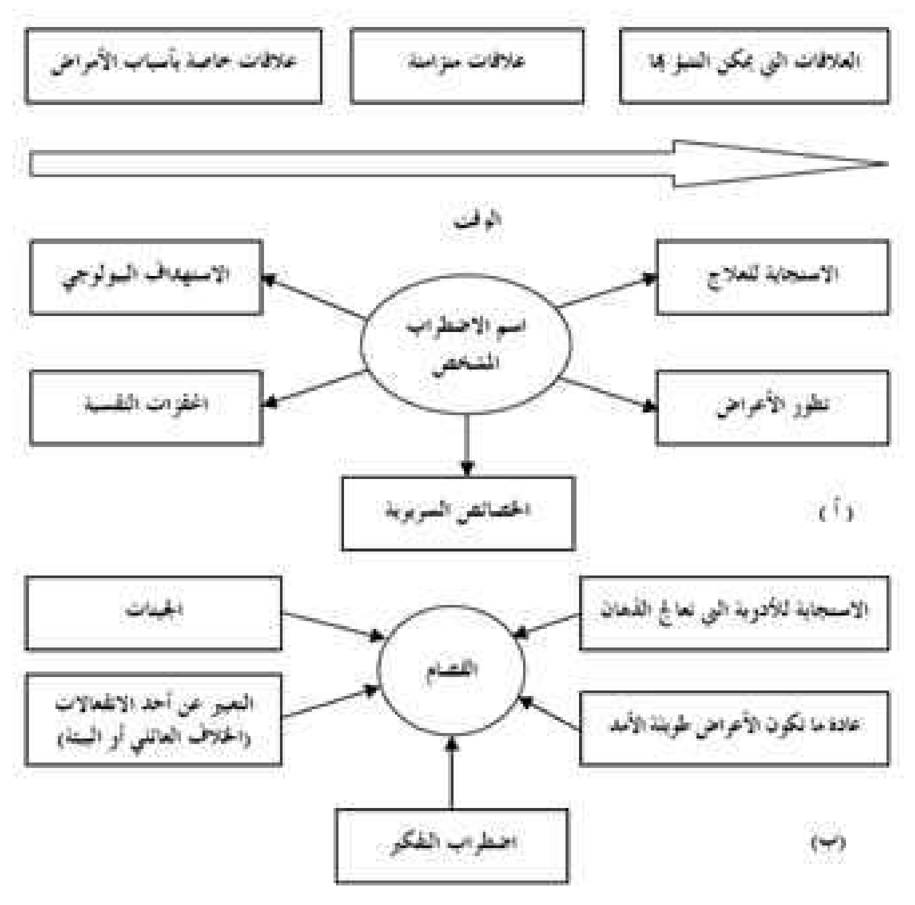
شكل 3-5: اتفاق بين اثنين من القائمين بالتشخيص. نجد في هذا المثال أن تشخيص المريض الأول يتميز بالثبات كلا الطبيبين يتفقان على تشخيص الحالة كاضطراب ثنائي القطبية ، أما تشخيص المريض الثاني فلا يتميز بالثبات.

لقد أدى الوضوح المتزايد للمعايير الخاصة بنظام DSM إلى تحسين مدى الثبات. إلا أن الأطباء السريرين قد لا يتقيدون بدقة بتلك المعايير، ولهذا يمكن أن يقلل مدى الثبات في نظام DSM أثناء الاستخدام اليومي عن مداه في الدراسات البحثية. وحتى عند التقيد بالمعايير فإنه يوجد مساحة في نظام الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس DSM-5 تسمح بالاختلاف. ولتنظر ثانية إلى المعايير الخاصة بمتلازمة الهوس في

جدول 3-1. فما معنى القول بأن الحالة المزاجية التي تتميز بانتشاء نشوة غير سوية؟ أو متى يكون "الانغماس في الأنشطة الممتعة التي تنطوي على احتمالية عالية لحدوث عواقب أليمة" أمرًا مفرطا؟ إن مثل تلك الأحكام تمهد الطريق لإدراج التحيزات الثقافية وكذلك الأفكار الفردية للأطباء السريريين المتعلقة بما يجب أن يقوم به الفرد العادي في مرحلة معينة من حياته. ويمكن أن تختلف تعريفات الأطباء السريريين لأعراض مثل "الحالة المزاجية الانتشائية"، ولذلك نجد أنه من المحتمل أن يمثل الوصول إلى درجة عالية من الثبات تحديًا.

ما مدى صدق فئات التشخيص؟ يعتمد صدق الدليل التشخيصي والإحصائي على نمط الأعراض. فتشخيص الفصام لا يتساوى مع تشخيص مرض البول السكري في الصدق، حيث يمكن إجراء اختبارات معملية في حالة مرض البول السكري. أحد طرق التفكير في التشخيص هو السؤال حول مساعدة النظام في تنظيم الملاحظات المختلفة انظر شكل 3-6 ، فالتشخيصات لديها الصدق البنائي construct validity إذا ساعدت في عمل تنبؤات دقيقة. فما التنبؤات التي تسهل التشخيص الفئوي الجيد؟ فنحن نأمل من التشخيص إخبارنا بالخصائص الإكلينيكية المرتبطة بالحالة وكذلك الاختلالات الوظيفية. فالدليل التشخيصي والإحصائي بوجه خاص يحدد وجود الاضطرابات أو المشقة المقابلة لفئة التشخيص، وبالتالي ليس من الدهشة أن التشخيص يرتبط مع الخلل الوظيفي مثل المشقة الزوجية والغياب عن العمل. وبالمثل نأمل في أن يتصل التشخيص بالأسباب المحتملة للاضطراب، مثلا استعداد وراثي أو خلل في كيمياء الجسم. ومن المفترض أن يساعد التشخيص الذي يتميز بالصدق البنائي في التنبؤ بعدد واسع النطاق من الخصائص.

والسؤال المحوري هو: هل عمليات التشخيص التي تخضع لمعايير نظام DSM تظهر أي معلومات مفيدة عن المرضى. لقد جعلنا الفئات التشخيصية الكبرى في نظام DSM هي الموضوع الرئيس الذي يتناوله الكتاب لأننا نعتقد أن تلك الفئات تتميز بالفعل بالصدق البنائي. ولكن هناك بعض الفئات التي تتميز بالصدق البنائي أكثر من غيرها، وسوف نقوم في فصول لاحقة بمناقشة بعض الفجوات في صدق فئات تشخيصية معينة.



شكل 3-3 : الصدق البنائي: مثال على نوعيات المعلومات التي يمكن أن تساعد التشخيص في التنبؤ بها

الانتقادات العامة الموجهة لتشخيص الأمراض النفسية:

بالرغم من أننا تحدثنا عن الكثير من ميزات التشخيص في بداية هذا الفصل فمن الواضح أيضا أن عمليات التشخيص يمكن أن يكون لها تأثيرات سلبية على الفرد. ولتتخيل مثلا كيف يمكن أن تتبدل حياتك إذا تم تشخيصك كمريض بالفصام. فيمكن أن يصيبك القلق من أن يدرك أحدهم إصابتك بهذا الاضطراب. أو يمكن أن تشعر بالخوف من حدوث نوبة أخرى من المرض. ويمكن أن تشعر بالقلق حيال قدرتك على التغلب على التحديات الجديدة. ويمكن أن يكون تاريخ المرض النفسي عندك سببا في وصمة عار لك. فيمكن أن تختلف معاملة أصدقائك وأحبائك لك، وقد يصبح من العسير إيجاد عمل.

لا يوجد شك في أن التشخيص يمكن أن يؤدي إلى نتائج سلبية. فقد أثبتت الأبحاث العلمية أن الكثير من الناس ينظرون إلى المرضى النفسيين نظرة سلبية، وكثيرا ما يتعرض المرضى وعائلاتهم لوصمة عار بسبب المرض النفسي Wahl, 1999 . وقد ذكرنا في الفصل الأول أن وصمة العار التي تصاحب الاضطرابات النفسية تعد مشكلة كبيرة. ومن بين مصادر القلق حيال التشخيص هو أن التشخيص يمكن أن يؤدي إلى فقد في المعلومات التي يمكن أن نعرفها عن هذا الفرد، فبمجرد تصنيفه في فئة تشخيصية معينة يمكن أن نغفل عن التفرد الذي يتمتع به هذا الفرد. ولهذا توصي الجمعية الأمريكية لعلم النفس الناس بتجنب استخدام كلمات مثل "مفصوم" أو "مكتئب" لوصف المرضى. ولتتخيل ماذا يحدث إذا لم ندع الأفراد المصابين بالمرض النفسي باسم المرضى المصابين به مثلا لن يكون من المحتمل أن تسمع أحدهم يصف مصابا بالسرطان بأنه "مسرطَن". فبدلا من تلك الكلمات نجد أن هناك حثا للأطباء النفسيين على استخدام تعبيرات مثل "فرد يعاني الفصام". كذلك أوضح الباحثون أن مجرد وصف المحيطين بالمريض بأعراضه هو في ذاته أمر بوصمة Lilienfeld et al., 2010 .

إلا أنه حتى مع استخدام اللغة بطريقة أكثر حرصا نجد أن البعض يؤكد على أن التشخيص يجعلنا نركز اهتمامنا على الأمراض، وبالتالي نتجاهل بعض الاختلافات المهمة بين الناس. لكن للأسف نجد أن هذا الانتقاد يتجاهل حقيقة جوهرية وهي أن من طبيعة البشر تصنيف الأشياء في فئات وقتما وضعوا شيئا ما موضع التفكير. وبناء على ذلك قد يرى البعض أنه إذا كنا نستخدم الفئات على أية حال فمن الأفضل توسيع هذه الفئات على نحو منتظم. وإذا قبلنا هذا المنظور يكون السؤال هو: ما مدى نجاح النظام الحالي في تجميع الأمراض المتشابهة في فئات.

ملخص سريع :

بالرغم من التحسينات الرئيسة في الدليل التشخيصي والإحصائي، إلا أن هناك عدداً من المشكلات لازالت قائمة. حيث يتحدى البعض استخدام المنهج الفئوي في التشخيص مقارنة بالمعتمد على الأبعاد. والثبات زاد بشكل ملحوظ مما هو كان في الدليل التشخيصي والإحصائي الثاني، لكن مازال بعض الخلافات بين الأطباء بشأن الأعراض والتشخيص. وأخيرا، فالمجال ككل يواجه تحديا كبيرا؛ وحيث ركز الباحثون على التحقق من صدق هذا نظام التشخيص من خلال محاولة التعرف على أنماطه السببية، وأنماط الأعراض، والعلاج الذي يمكن التنبؤ بها تشخيص معين.

وخلاصة القول، بالرغم من أن الدليل التشخيصي والإحصائي يسعي باستمرار للتحسين، إلا أنه أبعد ما يكون عن الكمال. فنحن نتوقع المزيد من التغييرات والتحسينات

على مدى السنوات القليلة القادمة، بغض النظر عن نظام التشخيص المستخدم، كما أن هناك مشاكل معينة متأصلة في تشخيص الناس المصابين بمرض عقلي؛ من المهـم أن نكـون عـلى بينـة من وصمة العار المحتملة المرتبطة التشخيصات، والميل إلى تجاهل نقاط القوة عندما تركز على التشخيص. وتوصي الجمعية الأمريكية لعلم النفس باستخدام عبارات مثل مرض فصام الفردية بدلا من الفصام كأحد الطرق لتجنب هذه الوصمة.

التقييم النفسي Psychological Assessment

يستطيع أخصائيو الصحة النفسية اسـتخدام عـدد متنـوع مـن مقـاييس وأدوات التقيـيم وخاصة المقـاييس والأدوات النفسـية مـن أجل تشخيص أحد الاضطرابات النفسـية. وتستخدم أساليب التقيـيم بطـرق أخـرى مهمة بالإضافة إلى التشخيص. فنجد مـثلا أن طرق التقيـيم تسـتخدم كثـيرا لتحديـد العلاجــات المناســبة. وتكــرار عمليــات التقييم يعد ذا فائدة كبيرة في مراقبة تأثير العلاج بمـرور الوقـت. أضـف إلى ذلـك أن عمليات التقيـيم تعـد أساسـية مـن أجـل إجراء الأبحاث على أسباب الاضطرابات.



بالرغم من أنه غير قانوني التمييز على أساس المرض العقلي، فهناك العديد من الأعمال التي تفعل ذلك. حيث يتصف الشخص بوصمة التشخيص بالاضطراب العقلى

سـوف نـرى أن الكثـير مـن أسـاليب التقييم مستقاة من المناهج التي قدمناها في الفصل الثاني فيما عدا المقابلة الفردية الرئيسة التي تستخدم في أشـكال متعـددة في جميـع أنحاء العالم تقريبا. وسوف نـناقش هنـا المقـابلات الفرديـة السريريـة، والمقـاييس المسـتخدمة لتقييم المشقة النفسي، واختبارات الفرديـة بمـا في ذلـك الاختبـارات الموضـوعية والإسـقاطية ، واختبارات الذكاء، والأساليب السلوكية والمعرفيـة للتقيـيم. وعـلى الـرغم مـن أننـا نقـدم تلـك الطرق كل على حدة، فإن أي تقييم نـفسي شـامل لفـرد مـا كثـيراً مـا يتطلـب اسـتخدام عـدة أساليب. فالبيانات التي نحصل عليها باستخدام أساليب متعددة تكمل بعضها البعض، وتقـدم لنا رؤية أكثر اكتمالا عن الفرد. وباختصار لا يوجد مقيـاس وحيـد للتقيـيم يعـد الأفضـل. فلـن نصل إلى أفضل تقييم إلا مع استخدام أساليب متعددة ومصادر معلوماتية متعددة أيضا.

المقابلات الفردية السريرية Clinical Interviews

لقد قام معظمنا على الأرجح بمقابلة شخصية في وقت أو آخر، إلا أن المحادثة التي جرت أثناء ذلك كانت من الودية بحيث لم ننظر إلى الأمر على أنه مقابلة شخصية. إن كلمة "المقابلة الفردية" تعني للفرد غير المتخصص محادثة رسمية منظمة بشكل كبير، مثل المقابلة الفردية التي يجريها الفرد للحصول على وظيفة، إلا أننا نجد من المفيد فهم هذا المصطلح على أنه أي مقابلة بين شخصين تنطوي على محادثة بينهما ويستخدم فيها أحد هذين الفردين اللغة كوسيلة رئيسة لمعرفة الفرد الآخر المقابَل . ويوجد مقابلات سريرية رسمية مقننة وكذلك مقابلات سريرية ودية وأقل تقيدًا، والنوعان يستخدمان في تقييم الاضطرابات النفسية.

خصائص المقابلات الفردية السريرية: لعل من بين الاختلافات التي تميز المقابلة السريرية عن المحادثة العادية هو أن المستضيف يوجه اهتمامه إلى الطريقة التي يجيب بها المفحوص عن الأسئلة، أو لا يجيب عنها. فإذا كان المريض مثلا يتحدث عن الخلافات الزوجية فإن الطبيب السريري سوف يركز انتباهه عمومًا على أي انفعال مصاحب لتعليقات المريض. وإذا كان لا يبدو على الفرد الضيق حيال أحد المواقف الصعبة فمن المرجح أن يفهم الطبيب إجابات المريض بطريقة مختلفة عن فهمه لها لو كان المريض يبكي ويبدو عليه التوتر وهو يحكي قصته.

ومن الضروري أن يتحلى الطبيب بمهارات كبيرة من أجل إجراء مقابلة سريرية جيدة، فهذه المقابلات عادة ما تتم مع أشخاص يعانون ضغطا نفسيا كبيرا. والأطباء السريريون يدركون أهمية علاقة الألفة مع المريض. ولابد فى المقابل كسب ثقة المريض، فمن السذاجة افتراض أن أحد المرضى سوف يعطي بسهولة معلومات عن نفسه لفرد آخر أو حتى لفرد سلطوي يحمل اسم "طبيب". بل إن المريض الذي توجد بداخله رغبة حقيقية أو ربما شديدة إلى أبعد الحدود للتحدث عن مشكلاته التي تتسم بالخصوصية الشديدة لأحد المتخصصين قد لا يستطيع عمل ذلك دون مساعدة.

ومعظم الأطباء السريريون يظهرون مشاركة الانفعالات مع مرضاهم كمحاولة منهم لحثهم على الكلام ودفعهم إلى التوسع في الحديث عن همومهم. فتقديم عبارة ملخصة لما قاله المريض يمكن أن يساعده على الحفاظ على القوة الدافعة للحديث الذي يتناول الأحداث والمشاعر المؤلمة أو ربما المحرجة، كما أن تقبل الطبيب للخبرات الفردية التي يفشيها المريض عن نفسه تبدد خوف المريض من أن إفشاء "الأسرار شديدة الخصوصية" London, 1964 لفرد آخر سيكون له عواقب وخيمة.

وتختلف المقابلات الفردية في درجة تنظيمها. والواقع العملي يقول إن معظم الأطباء السريريين قد يقومون بإجراء المقابلات الفردية باستخدام مخططات أولية غير واضحة

المعالم إلى حد كبير. فالطبيب هو الذي يحـدد في الأغلـب الأعـم الطريقـة التـي سـيجمع بهـا المعلومات، وتعتمد تلك الطريقة أيضا على مدى استجابة المـريض وردود أفعالـه. وعـلى مـدى سنوات من التدريب والخبرة السريرية يحدد كل طبيب الطرق التي سيطرح بها الأسـئلة التـي تريحه وتمده بالمعلومات التي ستكون ذا فائدة عظيمة للمريض. ولهذا لابد أن يعتمد الطبيب على الحدس والخبرة العامة وفقا لمدى تنظيم أو عدم الذي تتميز به المقابلة. ونتيجـة ذلـك أن مدى الثبات في المقابلات السريرية غير المقننة يقل على الأرجح عنـه في المقـابلات البنائيـة، أي أنه يمكن أن يتوصل طبيبان إلى استنتاجات مختلفة حول نفس المريض.

المقابلات المقننة Structured Interviews

يحتــاج أخصــائيو الصــحة النفسية في بعض الأحيان إلى جمع معلومـات موحـدة وخاصـة مـن أجـل إصـدار أحكـام تشخيصـية تستند إلى نظام الدليل التشخيصي والإحصائي. وللوفاء بتلـك الحاجـة قـام البـاحثون بابتكـار مقـابلات شخصــية مقننــة مثــل المقابلــة السريريـــة المقننـــة الخاصـــة باضطرابات المحور الأول في الدليل التشـخيصي والإحصـائي الرابـع Structured Clinical Interview for Axis I of DSM-IV SCID Spitzer, Gibbon, & Williams, 1996 . وهناك مقابلات مقننة أخري منبثقة من الفئات التشخيصية الموجودة في الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس .


المقابلات المقيدة تستخدم بشكل واسع النطاق في ثبات التشخيص

وتعـد المقابلـة السريريـة المقننـة الخاصـة بالاضـطرابات في الـدليل التشـخيصي والإحصائي فرعا من المقابلات. أي أن استجابة المريض عـلى أحـد الأسـئلة تحـدد السـؤال التالي. كما أنها تحتوي أيضا عـلى تعليـمات مفصـلة للطبيـب حـول متـى وكيـف يمكنـه التعمق في التفاصيل، ومتى ينتقل إلى أسئلة تتعلق بتشخيص آخر. ويتم تصنيف معظـم الأعـراض عـلى مقيـاس ثـلاثي للشـدة، كـما توجـد إرشـادات في جـدول المقابلـة بترجمـة تصنيفات الأعراض مباشرة إلى تشخيصات. ويقدم لنا شكل 3-7 الأسئلة المبدئية المتعلقـة باضطراب الوسواس القهري الذي سنناقشه في الفصل السـابع . فيبـدأ الطبيـب بسـؤال

المريض حول الوساوس. فإذا كانت ردود أفعال المريض تنتمي إلى الفئة 1 من مقياس الشدة غير موجودة ينتقل الطبيب إلى أسئلة تتعلق بالتسلطات. فإذا كانت استجابات المريض تنتمي أيضًا إلى الفئة 1 تشير الإرشادات على الطبيب بالانتقال إلى الأسئلة الخاصة باضطراب المشقة ما بعد الصدمي. أما إذا كانت ردود الأفعال إيجابية تنتمي إلى الفئة 2 أو 3 بالنسبة لاضطراب الوسواس القهري يستمر الطبيب في طرح المزيد من الأسئلة حول تلك المشكلة.

وقد أثبتت نتائج عدة دراسات أن المقابلة السريرية المقننة الخاصة بالدليل التشخيصي والإحصائي تحقق ثباتًا جيدًا بالنسبة لمعظم فئات التشخيص. ويوضح جدول 3-5 انخفاض معامل الثبات لبعض اضطراب القلق، وقد تم ابتكار أنواع أخرى من المقابلات المقننة التي تتميز بدرجة جيدة من الثبات، وذلك من أجل تشخيص اضطرابات الفردية، واضطرابات أخرى أكثر تحديدا مثل اضطرابات القلق، وكذلك عند تشخيص اضطرابات الطفولة DiNardo, 1993; Shaffer, 2000 . فمع التمرين الوافي للأطباء ترتفع درجة الثبات الثنائي في المقابلات المقننة بصفة عامة Blanchard & Brown, 1998 .

ومع الممارسة، تتم أغلب مقابلة الإكلينيكيين لأعراض الدليل التشخيصي والإحصائي بشكل رسمي بدون مقابلة مقننة. لوحظ أن - بالرغم من - استخدام الإكلينيكيين لمقابلات تشخيصية غير مقننة يتسبب في فقدان الأعراض المرضية المصاحبة للتشخيص الأساسي Zimmerman, 1999 . فعندما يستخدم الإكلينيكيون مقابلات غير رسمية أكثر من المقابلات المقننة، فيميل ثبات التشخيص إلى الانخفاض Garb, 2005 .

جدول 3-5: الثبات الثنائي في عينات تشخيصية مختارة من الدليل التشخيصي والإحصائي

التشخيص	كابا Kappa
اضطرابات المحور الأول	
اضطراب الاكتئاب الرئيس	0.80
اضطراب عسر المزاج	0.76
اضطراب ثنائية القطب	0.84
الفصام	0.79
إدمان/ سوء استخدام الكحوليات	1.0
إدمان عقاقير أخرى/ سوء استخدامها	1.0
اضطراب الهلع	0.65
الرهاب الاجتماعي	0.63
اضطراب الوسواس القهري	0.57
اضطراب القلق المعمم	0.63
اضطراب الضغط ما بعد الصدمي	0.88
اضطرابات الأكل	0.77
اضطرابات المحور الثاني	
شخصية التجنبية	0.97
الشخصية الوسواسية القهرية	0.83
الشخصية العدوانية	0.91
الشخصية النرجسية	098
الشخصية البينية	0.91
الشخصية المضادة للمجتمع	0.95

ملاحظة: الأرقام الموجودة هنا حقيقة إحصائية تسمى كابا، وتقيس كابا نسبة الثبات بالإضافة إلى ما يمكن توقعه بالصدفة. ونجد بصفة عامة أن أرقام كابا التي تزيد على 0.70 تعد جيدة.

المصدر: التقديرات الخاصة باضطراب ثنائية القطب مستقاة من إحدى الدراسات التي أجريت باستخدام معايير الطبعة الثالثة المنقحة من الدليل DSM-III-R Wilims et al., 1992 ، والتي تشابه بصفة عامة المعايير التي تحتوي عليها الطبعة الرابعة DSM-IV-TR. التقديرات الخاصة بالفصام مستقاة من دراسة فلوم Flaum وآخرون 1998 . التقديرات الأخرى الخاصة باضطرابات المحور الأول مستقاة من دراسة زاناريني Zanarini وآخرون 1997 . أما التقديرات الأخرى الخاصة باضطرابات المحور الثاني فمستقاة من دراسة مافيي Maffei وآخرون 1997 .

اضطراب الوسواس القهري

أود الآن أن أسألك هل كان لديك من قبل أفكار غير منطقية تضايقك وتستمر في الظهور في عقلك حتى وإن حاولت منع نفسك من التفكير؟

فيها؟

(ما هي؟)

إذا كان المريض لا يعرف ما نقصده بالضبط: ...أفكار مثل إيذاء شخص لا تريد حقا إيذاءه أو أنك ملوث بالجراثيم أو التراب؟

عندما تراودك تلك الأفكار هل حاولت جاهدا إبعادها؟ (ما الذي حاولت فعله؟)

إذا كان السؤال غير واضح: ما مصدر تلك الأفكار في رأيك؟

معايير اضطراب الوسواس القهري

أ / إما وساوس أو تسلطات:

الوساوس كما تحددها ١، ٢، ٣، ٤:

١. أفكار متكررة ومتواصلة أو رغبات أو صور تظهر في مخ المريض - في إحدى فترات الاضطراب، ويراها تطفلية وغير ملائمة، وتسبب هذه الأشياء جميعها قلقا أو حزنا ملحوظا.

٢. الأفكار أو الرغبات أو الصور ليست مجرد مظاهر قلق شديدة حول مشكلات الواقع.

٣. يحاول الشخص تجاهل أو كبت تلك الأفكار أو معادلتها بفكرة أخرى أو فعل آخر.

يدرك الشخص أن الأفكار أو الرغبات أو الصور الوسواسية ناتجة من عقله هو (ليست مفروضة من الخارج كما يحدث في إقحام الأفكار).

؟- معلومات غير وافية ١- غير موجودة/ خاطئ ٢- أقل من العتبة ٣- العتبة/ صحيح

لا توجد وساوس	وساوس

التسلطات compulsions

هل حدث لك من قبل أن قمت بتكرار شيء ما أكثر من مرة ولم تستطع منع نفسك من عمله، مثل غسل يديك أكثر من مرة، أو العد حتى رقم معين، أو تفحص شيء ما أكثر من مرة حتى تتأكد من أنك قمت به على الوجه الصحيح؟

(ما الذي كنت تقوم به؟)

إذا كان السؤال غير واضح: لماذا كان عليك القيام ب **(الفعل القهري)**؟ ماذا كان سيحدث إذا لم تفعل ذلك؟

إذا كان السؤال غير واضح: كم مرة كنت تقوم ب **(الفعل القهري)**؟ ما مقدار الوقت الذي كنت تستغرقه يوميا للقيام بذلك؟

صف مضمون التسلط/التسلطات

التسلطات كما تحددها ١، ٢:

١- سلوكيات متكررة (مثل غسل اليدين، الترتيب، التفحص) أو أفعال عقلية (مثل الدعاء، العد، تكرار الكلمات بصمت) يشعر الشخص بأنه مجبر على فعلها استجابة لوسواس ما أو وفقا لقواعد لابد أن يتم تطبيقها بحذافيرها.

٢- تهدف تلك السلوكيات أو الأفعال العقلية إلى منع أو تقليل الحزن أو منع حدوث موقف أو حدث يخشاه الشخص، إلا أن تلك السلوكيات أو الأفعال العقلية إما أنها لا ترتبط واقعيا بما تهدف إلى منعه أو إبطاله أو أنها مفرطة بوضوح.

إذا لم يوجد: انتقل إلى قيد على الوساوس/ التسلطات

التسلطات

صف مضمون التسلط/ التسلطات	انتقل إلى قيد على الوساوس/ التسلطات

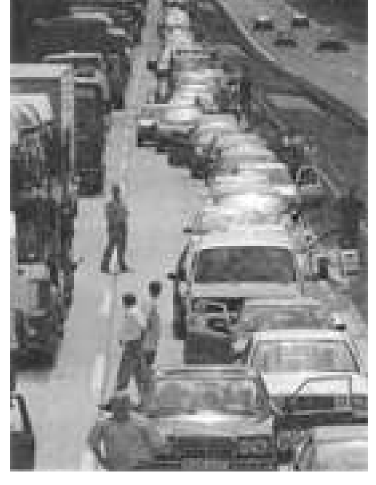
قيد على الوساوس / التسلطات

يوجد: وساوس أو تسلطات أو كلاهما، واصل.

لا يوجد: وساوس ولا تسلطات، ضع علامة هنا ---> انتقل إلى اضطراب الشدة ما بعد الصدمة.

شكل 3-7: عينة من مقابلة SCID. أعيد الطبع بموافقة قسم أبحاث القياسات البيولوجية بالمعهد الحكومي للطب النفسي في نيويورك.

تقييم المشقة Stress Assessment:


تحتوي المشقة على أحداث الحياة الرئيسة
أو المنغصات اليومية

نظرا لأن المشقة النفسية عنصر رئيس في جميع الاضطرابات التي نتناولها في هذا الكتاب تقريبا، فإن قياس المشقة النفسية تتضح أهميته بالنسبة للتقييم بوجه عام. ولفهم دور المشقة، يجب أولاً أن نستطيع تعريفها وقياسها. لكن للأسف هذه مهمة صعبة، حيث تعرف المشقة بطرق متعددة. وبصفة عامة يمكن تصور المشقة النفسية على أنها خبرة ذاتية للكرب كاستجابة للمشكلات المدركة للبيئة. وقد ابتكر المتخصصون مقاييس وطرقا متنوعة لقياس الضغوط الحياتية. وسوف نتناول أهم مقياس للمشقة الحياتية وهو: جدول أحداث وصعوبات الحياة the Life Events and Difficulties Schedule LEDS بالإضافة إلى قائمة التقرير الذاتي لمقاييس المشقة.

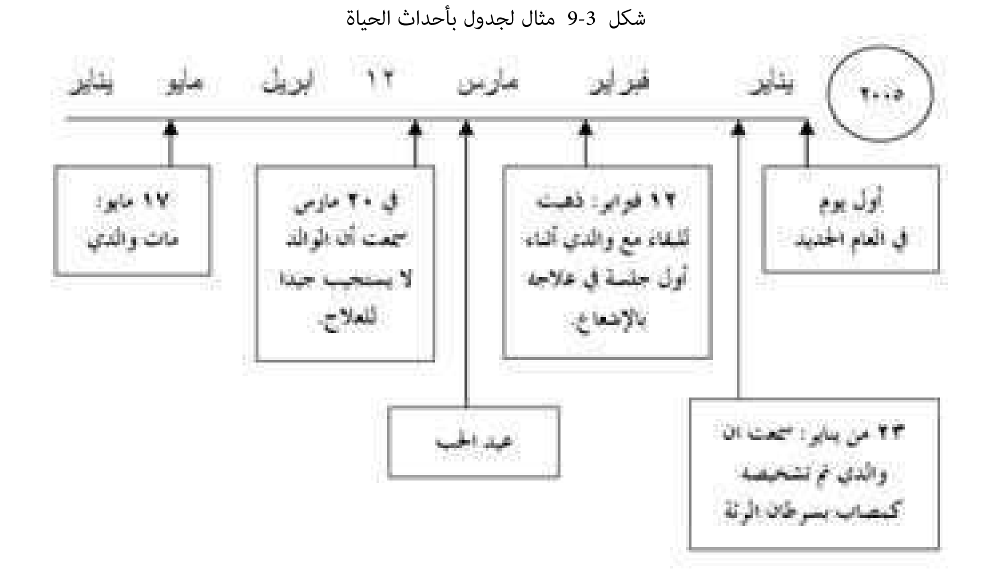
جدول كلية بيدفورد الجامعية الخاص بأحداث وصعوبات الحياة
The Bedford College Life events and Difficulties Schedule


يركز مقياس أحداث وصعوبات الحياة على مصادر المشقة
الكبرى، مثل الوفاة، فقدان الوظيفة، إنهاء علاقة عاطفية

يعد هذا الجدول من بين أساليب التقييم شائعة الاستخدام في دراسة مصادر المشقة الحياتية Brown & Harris, 1978 . ويحتوي هذا الجدول على مقابلة شخصية تغطي أكثر من 200 من الأنواع المختلفة من مصادر المشقة. ولما كانت هذه المقابلة شبه مقننة فقط، فالمقابل يسمح له بطرح أسئلة لتغطي مصادر المشقة التي ربما تحدث لعدد قليل من الأفراد فقط. ويتعاون كل من المُقابل والمقَابل في عمل جدول بكل من الأحداث المهمة

في فترة زمنية معينة انظر شكل 3-9 للاطلاع على مثال . وبعد المقابلة يقوم المقيمـون بتقيـيم شدة وتكرار كل من أبعاد مصادر المشقة. لقد تم تصميم مقيـاس أحـداث وصـعوبات الحيـاة لقياس عدد من المشكلات في تقييم المشقة الحياتية، بما في ذلك الحاجة إلى تقييم مدى أهميـة أي من الأحداث الحياتية في سياق ظروف الحياة التي يعيش فيها الفرد. فالحمل مثلا يمكن أن يختلف معناه بالنسبة لفتاة غير متزوجة تبلغ الرابعة عشرة مـن عمرهـا عـن معنـاه بالنسـبة فامرأة متزوجة تبلغ من العمر 38 عاما، وتحـاول منـذ فـترة طويلـة إنجـاب طفـل. ومـن بـين الأهداف الأخرى لهذا المقياس استبعاد الأحداث التي يمكـن أن تكـون مجـرد نتـائج للأعـراض. فمثلا إذا تغيب فرد عن العمل لأنه شعر باكتئاب شديد جعله غير قادر على مغـادرة الفـراش، فإن هذه العواقب التي تؤثر عـلى الاسـتقرار في العمـل يجـب النظـر إليهـا بالفعـل عـلى أنهـا أعراض للمرض، وليست أحداثا حياتية تتسبب في بداية الإصابة به. وفي النهاية يحتوي مقيـاس أحداث وصعوبات الحياة على مجموعة من الأساليب التي تساعد على التأريخ الـدقيق لبدايـة حدوث أحد مصادر المشقة. وتوصل الباحثون من خلال استخدام هذه الطريقة الأكـثر دقـة في التقييم إلى أن مصادر المشقة في الحياة تتنبأ عمليا بحدوث نوبات القلـق والاكتئـاب والفصـام وحتى نزلة البرد العادية Brown & Harris, 1989b; Cohen et al., 1998 .

شكل 3-9 مثال لجدول بأحداث الحياة



التقرير الذاتي لقوائم المشقة Self-Report Stress Checklists

بسبب كون المقابلة المتعمقة لقياس مثل أحداث وصعوبات الحياة تكون شاملة، فهي تأخذ وقتا أطول مع المقابل. وغالبًا ما يحتاج الإكلينيكيون والباحثون طريقة سريعة لقياس المشقة، ولهذا ربما يعتمدون على قوائم تقرير ذاتي مثل قائمة خبرات التهديد the List of Threatening Experiences LTE; Brugha & Cragg, 1990 أو مقياس مقابلة أحداث الحياة للبحث الوبائي للاضطرابات النفسية the Psychiatric Epidemiological Research Interview Life Events Scale PERL; Dohrenwend et al., 1978 . هذه القوائم تسجل أحداث الحياة المختلفة مثل وفاة الزوج، الإصابة بأمراض مزمنة، الأزمات المادية الخطيرة ، ويسأل المشاركون ما إذا كانت هذه الأحداث تعرضوا لها أم لا، في فترة زمنية محددة. فالصعوبة الوحيدة المرتبطة مع هذه الأنماط للمقاييس أن هناك تباينا في كيفية رؤية الأفراد لهذه الأحداث Dohrenwend, 2006 . فعلي سبيل المثال، وفاة الزوج قد يكون حدثا شديد الرعب لزوجة تربطها بزوجها علاقة حميمة، ولكنها قد تكون مصدرا للراحة أكثر من المشقة، عندما تكون العلاقة تتسم بالاختلالات. كما أن هناك مشكلات أخرى مرتبطة بقوائم التقرير الذاتي تشمل صعوبات التذكر Dohrenwend, 2006 . على سبيل المثال، ربما ينسي الأفراد بعض الأحداث. فهذا معناه أن الأفراد الذين لن يعانوا القلق أو مشاعر الاكتئاب أثناء استجاباتهم للمقياس قد يكون بسبب تداخل صعوبة تذكر الحدث. ومن ثم نجد أن ثبات إعادة الاختبار لقوائم أحداث المشقة تكون منخفضة McQuaid et al., 1992 .

اختبارات الفردية Personality Tests

الاختبارات النفسية Psychological Tests هي بناء منظم لعملية التقييم. ويعد كل من اختبارات الذكاء واختبارات الفردية أكثر شيوعا في الاختبارات النفسية. وسوف نقوم هنا بدراسة نمطين من اختبارات الفردية: بطاريات التقرير الذاتي للفردية، والاختبارات الإسقاطية للفردية.

بطاريات التقرير الذاتي للفردية Self-Report Personality Inventories يطلب من الفرد في البطارية الفردية الإجابة على استبيان من نوع التقرير الذاتي، حيث يقيس مدى انطباق العبارات التي تقيم ميول العادات عند تطبيقه على الأفراد. وبعد وضع هذه الاختبارات يتم إعطاؤها على نفس المنوال للكثير من الأفراد للتوصل إلى كيفية الاستجابة لديهم. وبهذا يمكن تقدير المعايير الإحصائية لهذا الاختبار. وتسمى هذه

العملية التقنين Standardization. ويمكن بعد ذلك مقارنة استجابات فرد معين بالمعايير الإحصائية.

ولعل أكثر هذه الاختبارات شهرة هو اختبار قائمة مينسوتا متعددة الأوجه للشخصية Minnesota Multiphasic Personality Inventory MMPI ، والذي قام "هاثواي" و"ميكني" Hathaway and McKinley 1943 بوضعه في أوائل الأربعينيات من القرن العشرين، وتم تنقيحه في عام 1989 Butcher et al., 1989 . وقد سمي الاختبار متعدد الأوجه لأنه صمم من أجل اكتشاف عدد من المشكلات النفسية. وقد استخدم هذا الاختبار على نطاق واسع على مر السنين لفحص مجموعات كبيرة من الأفراد الذين لا يمكن منطقيا إجراء مقابلات سريرية معهم.

ولتصميم هذا الاختبار، قام الباحثون باتباع عدة خطوات. ففي البداية قام الكثير من الأطباء السريريين بتقديم عبارات يرون أنها تدل على الكثير من المشكلات النفسية. ثانيا: طلب من المرضي الذين تم تشخيصهم باضطرابات معينة عندهم والأفراد الذين لم يتم تشخيصهم تقييم مئات العبارات، وتحديد ما إذا كانت تلك العبارات تصف حالتهم أم لا. وكان الباحثون يختارون هذه العبارات لكي تتضمنها النسخة النهائية من الاختبار إذا تكررت استجابة المرضى لها بطريقة معينة في إحدى المجموعات السريرية أكثر من المجموعات الأخرى.

ومع المزيد من التحسينات تم تحديد مجموعات من هذه العبارات كمقاييس تحدد إذا كان المفحوص سيتم تشخيصه بطريقة معينة. وإذا أجاب أحد الأفراد على عدد كبير من الأسئلة في أحد المقاييس بنفس الطريقة الخاصة بمجموعة تشخيصية معينة، كان من المتوقع أن يشبه سلوك تلك المجموعة التشخيصية. وجدول 3-6 يقدم وصفا للمقاييس العشرة.

جدول 3-6: تفسيرات سريرية نموذجية للأسئلة مثل تفسيرات مقياس MMPI-2

المقياس	العينة	التفسير
؟ لا أستطيع التحديد	يمثل ذلك فقط عدد الأسئلة التي لم يجب عنها أو التي وضعت أمامها علامتا صحيح وخاطئ معا.	الدرجات المرتفعة هنا تشير إلى المراوغة أو إلى صعوبات في القراءة أو إلى مشكلات أخرى يمكن أن تؤثر على مصداقية نتائج الاختبار. الدرجات المرتفعة يمكن أن تشير أيضا إلى الاكتئاب الشديد أو وجود ميول وسواسية.
L كذب	أستحسن كل فرد أقابله صحيح	الفرد يحاول الظهور بمظهر جيد، وتقديم شخصيته على أنها مثالية إلى حد ما.
F التكرار	كل الأشياء مذاقها حلو صحيح	الفرد يحاول إظهار نفسه على أنه شاذ لأنه على الأرجح يريد أن يهتم به الطبيب اهتماما خاصا.
K التصويب	أن كل شيء في حياتي يسير على أفضل حال صحيح	الفرد حذر ودفاعي في الإجابة على الاختبار ويريد تجنب الظهور بعدم الكفاءة وسوء التوافق.
1- HS توهم المرض	نادرا ما أشعر بالوخز في جسدي خاطئ	الفرد مفرط الحساسية وقلق حيال الأحاسيس الجسدية باعتبارها علامات على مرض جسدي محتمل.
2- D الاكتئاب	عادة ما أجد الحياة تستحق العيش خاطئ	الفرد محبط ومتشائم وحزين ويقلل من شأن نفسه ويشعر بأنه غير كفء
3- HY هيستيريا	عادة ما تنتفض عضلاتي دون سبب واضح صحيح	الفرد يشكو من أعراض جسدية لا يحتمل أن تكون ناتجة عن مشكلات جسدية، ويميل أيضا إلى كثرة المطالب وشبه الهستيرية.
4-Pd السيكوباتية	لا أهتم بما يعتقده الناس عني صحيح	الفرد لا يهتم بالأعراف الاجتماعية كثيرا، وغير مسئول، وليس له سوى علاقات سطحية.
5- Mf الذكورة والأنوثة	أحب الاعتناء بالنباتات والزهور صحيح، أنثى	يظهر على الفرد خصائص نوعية غير تقليدية مثلا الرجال الذين يحصلون على درجات مرتفعة عادة ما يتمتعون بحس فني وحساسية مرتفعة، أما النساء اللائي يحصلن على درجات عالية فعادة ما يتميزن بالتمرد وتأكيد الذات

المقياس	العينة	التفسير
6- Pa بارانويا	معظم الناس سوف يكذبون ويغشون لو لم يخشوا انكشاف أمرهم. صحيح	يميل الفرد إلى سوء تفسير دوافع الآخرين ويتميز بالشك والغيرة والرغبة في الانتقام والتفكير الحزين.
7- Pt الوهن النفسي psychasthenia	لست في نفس كفاءة معظم غيري من الناس الذين أعرفهم صحيح	الفرد مفرط التوتر ويمتلئ بالشكوك في نفسه ومتزمت أخلاقيا ووسواسي قهري بصفة عامة.
8- Sc الفصام schizophrenia	في بعض الأحيان أشم روائح لا يشعر بها الآخرون صحيح	الفرد لديه معتقدات وخبرات حسية شاذة ومنعزل اجتماعيا.
9- Ma الهوس الخفيف hypomania	في بعض الأحيان أشعر برغبة شديدة لفعل شيء ما يعده الآخرون مروعا. صحيح	الفرد لديه تطلعات شديدة الطموح، وقد يكون مفرط الحركة ونافد الصبر وسريع الغضب.
10- Si الانطواء الاجتماعي Social introversion	أفضل أن أكون مع الآخرين بدلا من قضاء الوقت بمفردي. خاطئ	الفرد شديد التواضع والخجل، ويفضل الأنشطة الفردية.

ملحوظة: الأربعة مقاييس الأولى تقيم مدى صدق الاختبار؛ والمقاييس المرقمة هي المقاييس السريرية ومقاييس المضمون.

المصدر: هاثواي وماكينلي 1943 ؛ راجعه بوتشر وآخرون 1989 .

والنسخة المنقحة من مقياس قائمة مينسوتا متعددة الأوجه للفردية MMPI-2 Butcher et al., 1989 تحتوي على عدة تغيرات تهدف إلى تحسين صدق هذه النسخة وقبولها. والعينة الأصلية التي وجدت منذ 65 عاما ماضية كانت تخلو من تمثيل الأقليات العرقية بما في ذلك الأمريكيون من أصل إفريقي والسكان الأصليون الهنود الحمر ، وكانت عينة التقنين فيها تقتصر على الرجال والنساء البيض، وعلى أهل ولاية مينسوتا على وجه الخصوص. وقد تم تقنين النسخة الجديدة باستخدام عينة أكبر بكثير وأكثر تمثيلا للأرقام الخاصة بالإحصاء الرسمي للسكان في الولايات المتحدة الأمريكية في عام 1980. وتم حذف عدة عبارات تحتوي على تلميحات إلى التوافق الجنسي ووظائف الأمعاء والمثانة والتدين المفرط لأنها كانت تعد في بعض حالات الاختبار تطفلية وكريهة. وتم إزالة الكلمات الجنسية والتعبيرات الاصطلاحية القديمة. وتتناول عدة مقاييس جديدة مثل إساءة استخدام، والسلوك من النمط أ ، والمشكلات الزوجية.

وبغض النظر عن هـذه الاختلافـات نجـد أن النسـخة الجديـدة MMPI-2 تشـبه تماما النسخة الأصلية، فلها نفس الشكل العام وتعطي نفس الدرجات والتوصـيفات Ben-Porath & Butcher et al., 1989; Graham, 1988 . وتعد بصفة عامة استمرارية للحد الضـخم مـن الدراسات الموجودة بالفعل عن النسخة الأصـلية Graham, 1990 . ويوضـح كـم هائـل مـن الأبحـاث السـابقة أن النسـخة MMPI-2 تتميـز بالثبـات وبمـدى ملائـم مـن معيـار الصـدق التشخيصي عندما يتم الربط بينها وبين التشخيصـات التـي يتوصـل إليهـا الأطبـاء السريريـون، والقيم التصنيفية التي يحددها الأزواج Ganellan, 1996; Vacha-Hasse et al., 2001 .

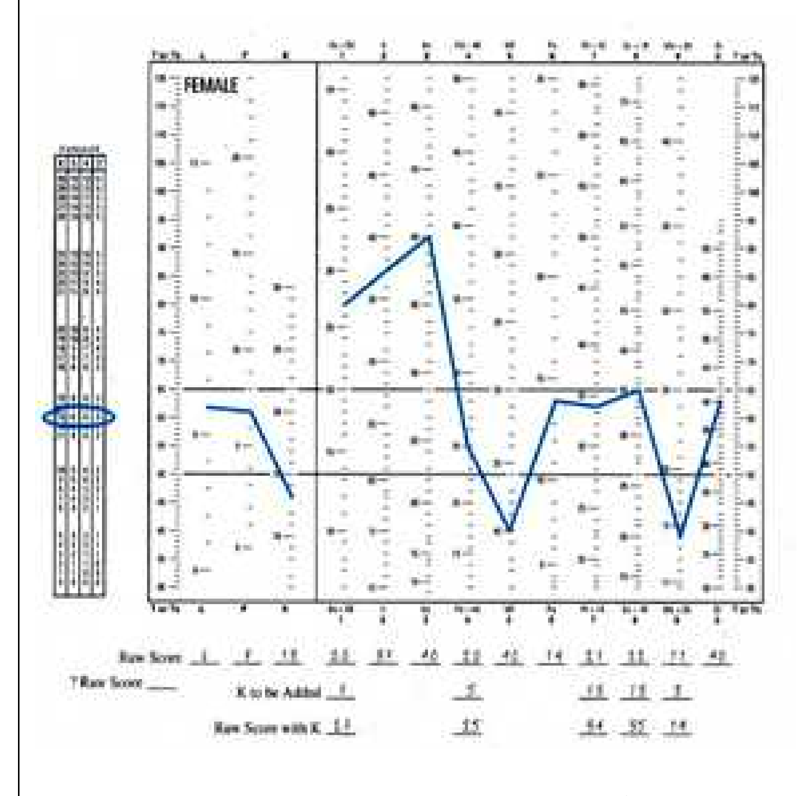
وكما هى الحال مع الكثير من قوائم الفردية الأخرى، يمكن الآن إعطاء اختبار MMPI-2 من خلال الحاسوب، ويوجد عدة خدمات تجارية تقدم هذا الاختبار وتقوم بتصحيحه وتقديم أوصاف للمفحوص. ونجد بطبيعة الحال أن صدق وفائدة الصـفحات المطبوعـة بـالكمبيوتر لا تقل عن فائدة وصدق البرنامج الذي لا يقل بدوره عن كفاءة وخبرة العـالم الـنفسي الـذي قـام بتصميمه. وشكل 3-10 يقدم لنا وصفا افتراضيا. ويمكن استخدام تلك التوصيفات بالإضـافة إلى تقييم المعالج النفسي للمسـاعدة في تشـخيص المـرضى وتقيـيم أداء الفرديـة وأسـلوب التوافـق وتحديد العوائق المحتملة أمام العلاج.

قد تتساءل عن مدى سهولة إعطاء إجابات زائفـة لا تـوحي بوجـود الاضـطراب السـلوكي والنفسي. فمثلا إذا كان الفرد على معرفـة سـطحية بعلـم الـنفس المـرضي المعـاصر فـإن تلـك المعرفة يمكن أن تجعل الفرد على وعي بأنه لكي يكون في نظر الآخرين صحيحا نفسيا لا يجـب أن يعترف بأنه يسمع أصواتا بشرية تخرج من أفران الميكروويـف، وأن ذلـك يسـبب لـه قلقـا شديدا.

صدق التوصيف: حسن، يبدو ذا مصداقية للتفسير.

أنماط الأعراض: شخصية سلبية عدوانية/ اكتئاب شديد/ أعراض جسدية الشكل/ انعدام التلذذ/ فتور الشعور/ التضارب الوجداني/ شعور ضعيف بالهوية.

العلاقات الشخصية: الميل إلى لعب دور تابع/ درجة كبيرة من السلبية/ يكبت مشاعره/ خجول/ انطوائي.



شكل 3-10: أحد التوصيفات الافتراضية في اختبار MMPI-2

الاكتشاف في بؤرة الاهتمام 3-2

عدم الإخبار عن السلوكيات غير المرغوبة أو الشائبة

تؤكد إحدى الدراسات التي أجريت على التقرير الذاتي في حالة إدمان المخدرات والسلوكيات الجنسية والعنف على أهمية المحيط في إثبات صدق ما يقوله الأفراد عن أفعالهم واتجاهاتهم Turner et al., 1998 . وقد تم مقارنة نتائج استبيانات التقرير الذاتي ونتائج طريقة جديدة للتقرير الذاتي استمع من خلالها الصبيان والشباب أعمار من 15 إلى 19 بمفردهم ومن خلال سماعات الأذن إلى أسئلة حول الممارسات السلوكية الخطرة والشائنة عموما، ثم قاموا بالإشارة إلى انخراطهم في تلك السلوكيات أم لا من خلال ضغط مفاتيح معنونة "نعم" و"لا" على لوحة مفاتيح حاسب آلي.

وبمقارنة هذه المجموعة بمجموعة ضابطة مطابقة أجابت على ذات الأسئلة في استبيان ورقي أقر عدد أكثر بكثير من الذين أجابوا من خلال الحاسب بالانخراط في عدد من السلوكيات شديدة الخطورة. فنجد مثلا احتمال إقرارهم بمضاجعة مدمن مخدرات بالحقن الوريدي ازداد بمعدل 14 سؤالا عن المجموعة الضابطة 2.8 بالمائة في مقابل 0.2 ، وزاد احتمال إقرارهم بالحصول على أموال في مقابل الاتصال الجنسي أكثر من الضعف 3.8 بالمائة في مقابل 1.6 ، وزاد احتمال إقرارهم باستخدام الكوكايين ما يقرب من الضعف 6 بالمائة في مقابل 3.3 . ويمكن أن نفترض بثقة أن الاختلافات بين المجموعتين كانت ستصبح أكبر بكثير لو كان الصبيان خضعوا لمقابلة شخصية مع أحد الباحثين من البالغين يجلس أمامهم على الجانب الآخر من المنضدة، وهي طريقة أخرى كانت تستخدم في جمع هذه المعلومات المسحية . ولم يكن هناك اختلافات فيما يتعلق بالأسئلة التي تتعلق بالسلوكيات غير الشائنة أو القانونية مثل مضاجعة أنثى في العام السابق 47.8 في حالة مستخدمي الحاسوب في مقابل 49.6 في حالة الاستبيان الورقي أو شرب الكحوليات في العام المنصرم 69.2 في مقابل 65.9 .

إن هذه النتائج البحثية تشير بقوة إلى أن معدلات تكرار السلوكيات الإشكالية وفقا لما تحدده الاستبيانات والدراسات التي تعتمد على المقابلات الشخصية تعد أقل بكثير من الواقع، وأن هناك مشكلات اجتماعية مثل استخدام مدمني المخدرات لنفس الإبرة والاتصال الجنسي بدون إجراءات وقائية من الأمراض الجنسية يمكن أن تكون أكثر خطورة بكثير مما يتصوره معظم الناس.

وكما اتضح في جدول 3-6، فإن واضعي الاختبار قاموا بإدراج بعض ما يسمى مقاييس الصدق كجزء من اختبار MMPI-2، وهذه المقاييس تهدف إلى الاستجابات المتعمد تزييفها. فنجد في أحد تلك المقاييس - مقياس الكذب - سلسلة من العبارات التي تمثل فخا للفرد الذي يحاول الظهور بمظهر الكمال. فقد يحتوي مقياس الكذب على عبارة مثل "أنا أقرأ

افتتاحيات الصحف يوميا". والفرضية هنا هى أن القليل جدا من الناس هم الذين يمكنهم إقرار هذه العبارة بصدق. وعندما يقر فرد ما عددا كبيرا من العبارات الموجودة في مقياس الكذب فقد تكون تلك محاولة منه للظهور بصورة حسنة. وأيضا الحصول على درجات مرتفعة على مقياس F يميز بين الذين يحاولون الظهور كمرضى بالاضطرابات السلوكية والنفسية والمرضى الحقيقيين Bagby et al., 2002 . فإذا حصل أحد الأفراد على درجات عالية على مقياس الكذب أو مقياس F فيمكن أن يتشكك الطبيب في التوصيف الخاص به. ولكن الأفراد الذين يعرفون هذه المقاييس الخاصة بالصدق يمكن أن يعطوا توصيفا طبيعيا زائفا Baer & Sekirnjak, 1997; Walters & Clopton, 2000 . إلا أنه أيضا في معظم الحالات التي يتم فيها تطبيق هذا الاختبار نجد أن الأفراد لا تكون لديهم رغبة في إعطاء استجابات مزيفة لأنهم في حاجة إلى المساعدة. ويناقش قسم الاكتشاف في بؤرة الاهتمام 3.3 قضايا أخرى تتعلق بصدق استبيانات التقرير الذاتي.

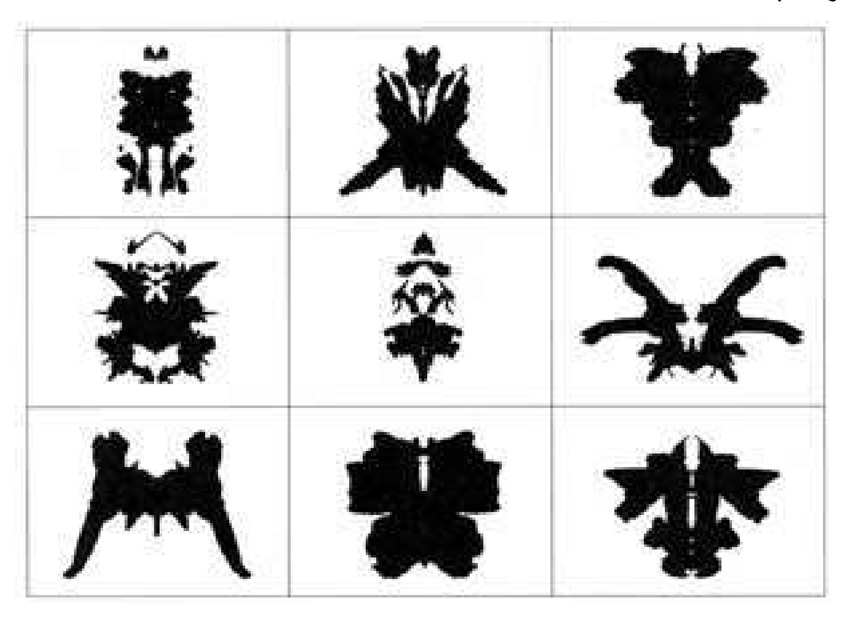
الاختبارات الإسقاطية للفردية Projective personality Tests: الاختبار الإسقاطي Projective Test هو أداة تقييم نفسية يقدم خلالها للفرد مجموعة من المثيرات القياسية - بقع الحبر أو الرسوم - التي تكون غامضة بما يكفي للسماح بإعطاء استجابات مختلفة. والافتراض هنا هو أن هذه المواد المثيرة تكون غير منظمة وغامضة، ولهذا تتحدد استجابات الفرد أساسا وفقا لعمليات معينة في اللاوعي، وأن هذه الاستجابات سوف تكشف عن الطباع والدوافع وأنماط السلوك الحقيقية للفرد. ويشار إلى هذه الفكرة باسم الفرضية الإسقاطية Projective Hypothesis.

فإذا قال المريض مثلا إنه يرى عينين في بقعة الحبر غير محددة الشكل، فإن الفرضية الإسقاطية قد تكون أن هذا المريض يميل إلى البارانويا. والأساليب الإسقاطية مستقاة من نظرية التحليل النفسي لفرويد وأتباعه، وهو ما يمكن أن تكون قد علمته بالحدس على الأرجح. إن استخدام الاختبارات الإسقاطية يستند إلى افتراض أن المفحوص إما غير قادر على أو غير راغب في التعبير عن مشاعره الحقيقية عند سؤاله مباشرة. وكثيرا ما يفضل الأطباء السريريون الذين يميلون إلى منهجية التحليل النفسي هذه النوعية من الاختبارات، وهذه نزعة تتفق مع افتراض منهجية التحليل النفسي أن الأفراد يدافعون عن الأفكار والمشاعر البغيضة من خلال كبتها في اللاوعي انظر الفصل الأول .

اختبار تفهم الموضوع Thematic Apperception Test TAT اختبار إسقاطي شهير. وفي هذا الاختبار يعرض على الفرد سلسلة من الصور من نوعية الأبيض والأسود واحدة تلو الأخرى ويطلب منه أن يحكي قصة تتعلق بكل صورة. فمثلا إذا رأى المريض صورة لصبي يشاهد إحدى مباريات كرة القاعدة للشباب من

وراء سور فيمكن أن يحكي هذا المريض قصة تحتوي على إشارات إلى والدي الطفل تعبر عن الغضب. ويمكن للطبيب السريري باستخدام الفرضية الإسقاطية استنتاج أن هذا المريض يحمل بداخله استياء من والديه. وهناك عدد قليل من الطرق لتحسين صدق هذا الاختبار، وتستند المعايير إلى عينة صغيرة ومحدودة أي، القواعد القليلة للناس من خلفيات عرقية أو ثقافية مختلفة . ولكن مازال الصدق البنائي للاختبار محدودا Lilienfeld, Wood, & Garb, 2000 .

ولعل اختبار بقعة الحبر لرورشاخ Rorschach Inkblot Test هو أكثر الأساليب الإسقاطية شهرة. وفي هذا الاختبار يعرض على الفرد عشر بقع من الحبر شكل 3-11 يحتوي على أمثلة من تلك البقع واحدة في كل مرة، ويطلب منه وصف الشكل الذي تمثله تلك البقع. ويكون نصف هذه البقع باللون الأسود والأبيض والظلال الرمادية، واثنان باللون الأحمر وثلاثة بألوان البستل فاتحة .



شكل 3-11: في اختبار رورشاخ يعرض على الشخص سلسلة من بقع الحبر ويطلب منه وصف أشكال تلك البقع.

قام إكسنر Exner في عام 1978 بتصميم أحد الأنظمة شائعة الاستخدام لتصحيح اختبار رورشاخ، وهذا النظام يركز أكثر على الأنماط الإدراكية والمعرفية في إجابات المريض Exner, 1987 . فيتم النظر إلى إجابات الفرد على أنها تمثل طريقة تنظيمه للمواقف الواقعية في الحياة إدراكيا ومعرفيا Exner, 1986 . فنجد مثلا أن "إيردبيرج"

Erdberg و"إكسنر" Exner 1984 خلصا من دراسة الأبحاث السابقة إلى أن الأفراد الذين يعبرون عن حركات بشرية كثيرة في إجاباتهم على اختبار رورشاخ مثلا "الرجل يجري ليلحق بطائرة" يميلون إلى استخدام الموارد الداخلية عند التوافق مع احتياجاتهم، أما الذين تحتوي إجاباتهم على كلمات لونية "البقعة الحمراء هي كلية" فيزيد احتمال رغبتهم في التفاعل مع البيئة. وقد اقترح رورشاخ هذا المنهج في التصحيح في الدليل الأصلي الخاص به علم التشخيص النفسي: اختبار تشخيصي يعتمد على الإدراك 1921 ، لكنه توفي بعد ثمانية أشهر فقط من نشر اختبار نقاط الحبر العشر وقام تابعوه بابتكار طرق أخرى لتفسير الاختبار.



لاحظ الطبيب النفسي السويسري هيرمان رورشاخ 1884-1922 أثناء رحلته في الريف جمعته هو وطفليه أن ما رأوه في السحب كان يعكس شخصياتهم. ومن خلال تلك الملاحظة خرج اختبار بقعة الحبر الشهير إلى الوجود.

والنظام الذي ابتكره "إكسنر" لتصحيح اختبار رورشاخ يعطي درجات يمكن بعد ذلك التأكد من مصداقيتها من خلال تطبيقها على الاضطرابات التي يفترض أن تنبؤ بها تلك الدرجات، فنطبق مثلا مؤشر الفصام على الفصام أو مؤشر الاكتئاب على الاكتئاب. وهذا النظام يحتوي أيضا على معايير، إلا أن العينة التي استند إليها هذا النظام كانت صغيرة ولا تمثل تمثيلا جيدا مختلف العرقيات والثقافات. وعلى الرغم من أن الكثير من ممارسي العمل السريري لا يزالون يعتمدون على الفرضية الإسقاطية في تحليل الإجابات الخاصة باختبار رورشاخ، فقد اجتذب العمل الذي قام به "إكسنر" عددا كبيرا من الباحثين الأكاديميين. وهذا العمل له مؤيدون متحمسون وكذلك عدد لا يقل عنهم من النقاد القساة فيما يتعلق بمدى الثبات والصدق فيه e.g., Hunsley & Bailey, 1999; Lilienfeld, Wood, & Garb, 2000 . ولعله من غير الحكمة محاولة تقديم تقرير شامل عن صدق نظام إكسنر لتصحيح اختبار رورشاخ. فمن الممكن أن تكون مصداقية هذا النظام بالنسبة لبعض القضايا أكبر منها بالنسبة لقضايا أخرى. فنجد مثلا بعض الأدلة التي تشير إلى أن اختبار رورشاخ قد يكون صادقا في اكتشاف الفصام Lilienfeld et al., 2000 . ويمكن على الأرجح إرجاع فائدة اختبار رورشاخ في تلك الحالة إلى أن إجابات الفرد على الاختبار يتم إلى حد ما تعيد الربط بينها

وبين اضطرابات التواصل التي تعد أحد الأعراض المهمة للفصام. إلا أنه في تلك الحالة أيضا لا يتضح هل اختبار رورشاخ يقدم معلومات لا يمكن الحصول عليها بطريقة أسهل، من خلال مقابلة شخصية مثلا.

اختبارات الذكاء Intelligence Tests :



قام عالم النفس الفرنسي الفريد بينيه بابتكار أول اختبار لحاصل الذكاء يتنبأ بالأداء الدراسى للأطفال.

"ألفريد بينيه" Alfred Binet هو أحد علماء النفس الفرنسيين، وقد قام بوضع اختبارات الذكاء في الأصل من أجل مساعدة مجلس التعليم المحلي في باريس في التنبؤ بالأطفال الذين يحتاجون إلى تعليم من نوع خاص. ومنذ ذلك الحين أصبح اختبار الذكاء أحد أكبر المهن السيكولوجية. واختبار الذكاء الذي يشار إليه عادة ب اختبار حاصل الذكاء IQ يعد طريقة لتقييم القدرة العقلية الراهنة للفرد. وتعتمد اختبارات الذكاء الفردية جميعها على افتراض أن الحصول على عينة مفصلة من وظائف التفكير الراهنة عند الفرد يمكن أن ينبئ بمستوى أدائه الدراسي، ومن بين هذه الاختبارات مقياس وكسلر لذكاء الراشدين – الطبعة الرابعة Wechsler Adult Intelligence WAIS-IV, 2008 ، ومقياس وكسلر لذكاء الأطفال – الطبعة الرابعة Wechsler Adult Intelligence WISC-IV, 2003 ، ومقياس وكسلر للذكاء لمرحلة ما قبل المدرسة الابتدائية – الطبعة الثالثة Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence WPPSI-III, 2002 ، واختبار ستانفورد بينيه - الطبعة الخامسة Stanford-Binet-5, 2003 ، وتتميز اختبارات الذكاء بالتحديث باستمرار، وبالتقنين مثلها مثل بطاريات الشخصية. قوائم الفردية.

وتستخدم اختبارات الذكاء في أغراض أخرى بالإضافة إلى التنبؤ بالأداء الدراسي:

- فيما يتصل باختبارات التحصيل الدراسي من أجل تشخيص مظاهر اضطرابات التعلم، وتحديد نقاط القوة ونقاط الضعف من أجل التخطيط الأكاديمي.
- للمساعدة في تحديد مدى معاناة من اضطراب تطور الذكاء والمعروفين بالتأخر العقلي mental retardation: انظر الفصل الثالث عشر .

- لتحديد الأطفال الموهوبين فكريا حتى يمكن أن يحصلوا على التعليم المناسب لهم في المدرسة.
- كجانب من التقييم النفسي العصبي، مثل عمل اختبارات دورية لفرد يعتقد أنه يعاني الخرف dementia حتى يمكن تتبع عملية التدهور في القدرات العقلية بمرور الوقت.

إن اختبارات حاصل الذكاء تختبر عدة وظائف ثبت أنها تشكل الذكاء، وهي تشمل المهارات اللغوية، والتفكير المجرد، والتفكير غير اللفظي، والمهارات البصرية المكانية، والانتباه، والتركيز وسرعة المعالجة. ويتم تقنين الدرجات في معظم اختبارات حاصل الذكاء بحيث تكون القيمة 100 هي المتوسط والقيم 15 أو 16 هي الانحراف المعياري مقياس يحدد طريقة تشتيت الدرجات أعلى وأسفل القيمة المتوسطة . ويحصل ما يقرب من 65 بالمائة من السكان على درجات تتراوح ما بين 85 إلى 115. والذين يحصلون على درجات أقل من 70 يكونون أقل من متوسط مما حصل عليه السكان بمقدار انحرافين معياريين ويعدون "ذوى وظائف تفكير عامة أقل من المتوسط بقدر كبير". أما الذين يحصلون على درجات أعلى من 130 انحرافين معياريين فوق القيمة المتوسطة فيعدون "موهوبين فكريا". وهناك ما يقرب من 2.5 من السكان الذين يحصلون على كل من هذين الحدين. وفي الفصل الرابع عشر سوف نتناول هؤلاء الأفراد الذين يتمتعون بحاصل ذكاء ينتمي إلى الحد الأدنى من هذا التوزيع.

إن اختبارات حاصل الذكاء IQ تتمتع بدرجة عالية من الثبات e.g., Canivez & Walkins, 1998 . وأيضا بدرجة جيدة من الصدق التشخيصي. فنجد مثلا أن هذه الاختبارات تميز بين الموهوبين فكريا والمتأخرين عقليًا، وبين الأفراد الذين يعملون في مهن مختلفة، أو يتمتعون بمستويات مختلفة من التحصيل الدراسي Reynolds et al., 1997 . كما أنها تتنبأ أيضا بمستوى التحصيل الدراسي والنجاح في العمل Hanson & Hunsley, & Parker, 1988 على الأقل بين الجنس القوقازي وسوف تتم مناقشة التحيز الثقافي في التقييم . وعلى الرغم من أن الارتباطات بين درجات اختبار حاصل الذكاء والأداء الدراسي ذات دلالة إحصائية، فإن هذه الاختبارات تفسر فقط جانبا من الأداء الدراسي؛ وهناك جوانب كثيرة جدا لا تفسرها درجات تلك الاختبارات Deary & Johnson, 2010 .

ولمزيد من الاهتمام في هذه النقطة، يرتبط أيضًا حاصل الذكاء بالصحة العقلية. حيث أجريت إحدى الدراسات على أكثر من مليون ذكر اسكندنافي، ووجدت أن انخفاض الذكاء لمن أعمارهم في العشرين ترتبط مع زيادة الاستهداف للفصام، واضطرابات المزاج، أو الإدمان بعد عشرين سنة تالية، بعد ضبط أغلب المتغيرات

الممكنة مثل حالة الأسرة الاجتماعية والاقتصادية Gale et al., 2010 . كما وجد التحليـل 16 دراسة من الدراسات الطولية انظر الفصل الرابع لوصف هذه المناهج أن منخفضي الـذكاء في مرحلة الرشد المبكر ترتبط بالاستهداف للإصابة بالأمراض أو الوفاة بعد الـتحكم في المتغـيرات الدخيلة مثل الحالة الاجتماعية الاقتصادية والتحصيل الدراسي Calvin et al., 2010 .

ومن المهم فيما يتعلق بالصدق المعرفي، أن نتذكر دوما أن اختبارات حاصل الذكاء تقـيس فقط ما يعده علماء النفس ذكاء. فهنـاك عوامـل أخـرى غـير الـذكاء الخـالص وفقـا لمفهومنـا تلعب دورا مهمًا في الأداء الدراسي مثل العائلة، والظـروف المعيشـية، والـدافع لتحسـين الأداء، ومستويات الخوف من الفشل، وصعوبة المـنهج. ومـن بـين العوامـل الأخـرى المتعلقـة بـالأداء الخاص باختبار حاصل الذكاء ما يسـمى خطـر الصـورة النمطيـة Stereotype Threat. وهـذا العامل يشير إلى أن وصمة العار الاجتماعية بسبب تدني وظائف التفكـير التـي تحملهـا بعـض الجماعات مثلا الأمريكيون من أصل إفريقي يأخذون درجات سيئة في اختبار حاصـل الـذكاء، وتحصل السيدات على درجات أسوأ من الرجال في اختبار الرياضيات يكون لها تأثير عـلى أداء أفراد تلك الجماعات في هذا الاختبار. وخلال إحدى الدراسات التي تبحث في تلك الظاهرة قام الباحثون بإعطاء مجموعات من الرجال والنساء اختبارا صعبا في الرياضيات. وفي أحـد ظـروف الدراسـة أخـبر البـاحثون المشـاركون أن الرجـال كـان أداؤهـم أفضـل مـن النسـاء في هـذا الاختبـار الـذي سيخضعون له ظرف خطر الصورة النمطية ، أما في أحد الظـروف الأخـرى فـأخبرهم البـاحثون بعـدم وجـود اختلافات بين الجنسين بالنسـبة لأداء الاختبـار. ولم يكـن أداء النساء أسـوأ مـن أداء الرجـال إلا في الاختبـار الـذي وصـف بوجـود اختلافـات بـين الجنسـين Spencer, Steele, & Quinn, 1990 .



يحتوى اختبارات حاصل الذكاء على مقاييس فرعية، تشمل هذا الاختبار لقياس القدرة المكانية

ولسوء الحظ يدرك الناس وجود هذه الصورة النمطيـة مبكرًا. فنجد مثلا أن دراسة حديثة كشفت عـن أن الأطفـال يكـون لـديهم وعـي بالصـورة النمطيـة الخاصـة بالعرقيـة والقدرات بين العام السادس والعاشر من العمر، ويصبح 93 بالمائة من الأطفال عـلى وعـي بتلـك الصـورة النمطيـة عنـد

بلـوغهم العـاشرة Mckown & Weinstein, 2003 . وهنـاك أدلـة أيضـا عـلى وجـود خطـر الصورة النمطية بين الأطفال. ففـي الدراسـة التـي قـام بهـا "مـاكون" McKown و"وينسـتين" Weinstein في عـام 2003 طلـب أيضـا مـن الأطفـال القيـام بتجميـع الألغـاز. وتلقـى نصـف الأطفال توجيهات بأن هـذه المهمـة تعكس قـدراتهم ظرف خطـر الصـورة النمطيـة وقيـل للنصف الآخر إن هذا الاختبار لا يعكس قدراتهم. ومجرد النظر إلى الأطفال من أصـل إفريقـي الذين كانوا على وعي بقالب بالعرقية والقدرات كان دليلا على وجود خطر الصـورة النمطيـة. وبالتحديد كان أداء الأطفال الـذين قيـل لهـم إن الاختبـار يعكـس قـدراتهم أسـوأ بكثـير مـن الأطفال الذين لم يعلموا ذلك، مما يشير إلى أن تلك التوجيهات قامت بتنشيط الصورة النمطية وبالتالي أثرت في أداء الأطفال.

التقييم السلوكي والمعرفي Behavioral Cognitive Assessment

قمنا حتى الآن بمناقشة طـرق التقيـيم المنـاهج التـي تقـيس سـمات الشخصـية والقـدرة الذهنية. أما الأطباء السريريون الذين يتبعون المدرستين السلوكية والمعرفية فيقيمون خصائص أخرى تشمل:

- المظاهر البيئية التي يمكن أن تساعد في ظهور الأعـراض فمـثلا إذا كانـت المكتـب الـذي يعمل فيـه الفـرد يقـع بجانـب ردهـة مليئـة بالضوضـاء، فـإن ذلـك يمكـن أن يـؤدي إلى مشكلات في التركيز .
- سمات الفرد فمثلا يمكن أن يرجع جانب من الإرهاق الذي يشـعر بـه المـريض إلى ميـل معرفي cognitive tendency للتقليل من شأن الذات، والذي يتضح في عبارات مثل"أنا لا أقوم بأي شيء على النحو الصحيح أبدا، فما فائدة المحاولة" .
- تكرار ونمط السلوكيات المُشكل مثلا التسويف الـذي يأخـذ شـكل التـأخر عـن المواعيـد النهائية المهمة .
- عواقب السلوكيات المُشكل مثلا عندما يتجنب الفرد موقفا يخشاه نجد أن شريك الحياة يتعاطف معه ويقدم له الأعذار، وبالتـالي يمنـع ذلـك الفـرد دون أن يـدري مـن مواجهـة مخاوفه .

ونحن نأمل أن يؤدي فهم هذه الجوانب المعرفية والسلوكية إلى إرشاد الأطباء السريـريين لإعطاء علاجات أكثر فعالية.

ويتم جمع المعلومات اللازمة لإجراء تقييم سلوكي أو معرفي باستخدام عدة طـرق تشـمل الملاحظة المباشرة للسلوك في الواقع وكذلك في مواقف مصطنعة، والمقابلات الفرديـة، والتقريـر الذاتي، وغيرهـا مـن الطـرق العديـدة للتقيـيم المعـرفي Bellack & Hersen, 1998 . وسـوف نتناول تلك الطرق الآن.

الملاحظـة المبـاشرة للسـلوك Direct Observation of Behavior: لـيس مـن قبيـل المفاجأة أن المعالجين السلوكيين يولـون اهتمامـا كبـيرا لعمليـة الملاحظـة الدقيقـة للسـلوكيات الظاهرية في عدد متنوع من المواقف، إلا أنـه لا يجـب الافـتراض بـأنهم يخرجـون إلى الشـارع ويلاحظون الناس وحسب. فهم مثل غـيرهم مـن العلـماء يحـاولون تنظـيم الأحـداث في إطـار يتفق مع وجهات نظرهم. ففي الملاحظـة الشـكلية للسـلوك يقـوم المراقـب بتقسـيم تسلسـل السلوك إلى أجزاء متعـددة يكـون لهـا معنـى في إطـار تعلمـي، بمـا في ذلـك سـوابق وعواقـب سلوكيات معينة. أيضا كثيرا ما يتم الربط بين ملاحظة السلوك والعلاج O'Brien & Haynes, 1995 . فالطريقة التي يتبعها الأطباء السلوكيون في التوصل إلى مفهوم ما حـول أحـد المواقـف تتضمن دوما طريقة لمحاولة تغيير هذا الموقف.

من الصعب ملاحظة السلوك أثناء وقوعه في الواقع ولا يمكن الـتحكم في المكـان والوقـت الذي يمكن أن يقع فيه السلوك. ولهذا السبب يقوم الكثير من الأطباء السريريين بعمل مواقف مصطنعة في حجرات الاستشارة الخاصة بهم أو في معمل حتى يمكنهم ملاحظـة كيفيـة تصرف أحد الأفراد أو العائلات في ظروف معينة. فنجد على سبيل المثال أن "بـاركلي" Barkley 1981 جعل أماً وطفلها المصاب بفرط الحركـة يقضـيان بعـض الوقـت سـويا في حجـرة نـوم معمليـة تحتوي على فرش كامل من الأريكـات وكذلك على تلفاز. وأعطيت الأم قائمة بالمهام التي يجب أن يقوم بها الطفـل مثـل التقـاط اللعـب أو حـل مسـائل حسابية. وجلس المراقبون خلف مـرآة أحاديـة الاتجـاه يراقبـون مـا يحـدث وقـاموا عـلى نحـو مـا لحسـاب ثبـات الاتفاق بينهم بتسجيل وإعطـاء أرقـام لاستجابات الطفل تجاه محـاولات الأم للسيطرة عليه وكـذلك اسـتجابات الأم لسلوك الطفـل المطيـع وغـير المطيـع. وحصل المراقبون عـلى معلومـات مـن هـذه الطريقـة في التقيـيم السـلوكي behavioral assessment أمكن استخدامها لقياس تأثيرات العلاج.



كثيرا ما يتضمن التقييم السلوكي الملاحظة المباشرة للسلوك كما نرى في هذا المثال حيث يجلس المراقب خلف مرآة أحادية الاتجاه لوح زجاجي يبدو كمرآة من أحد الجوانب وكزجاج شفاف من الجانب الآخر .

الملاحظة الذاتية Self-Observation: يطلب المعالجون والباحثون السلوكيون أيضًا من الأفراد ملاحظة وتتبع سلوكهم الخاص وردود أفعالهم. ويسمى هذا المنهج مراقبة الذات self-monitoring. وهو يستخدم في جمع عدد كبير من المعلومات التي تهم كلا من الأطباء السريريين والباحثين، بما في ذلك الحالات المزاجية والخبرات الضاغطة وسلوكيات المواجهة والأفكار Hurlburt, 1979; Stone et al., 1998 .

وهناك طريقة أخرى من طرق الملاحظة الذاتية تسمى التقييم البيئي المؤقت Ecological Momentary Assessment EMA . وتتضمن هذه الطريقة جمع المعلومات في زمن الحدوث في مقابل الطرق الأكثر اعتيادا، والتي يقوم فيها الأفراد باستعادة الذكريات الخاصة بفترة زمنية معينة والإخبار عن آخر ما دار في رؤوسهم من أفكار وتعرضوا له من حالات مزاجية وعوامل مجهدة. وتتراوح الطرق المستخدمة في تطبيق هذا الأسلوب من جعل الأفراد يقومون بكتابة مذكرات يومية خلال أوقات محددة من اليوم ويمكن أن يتم تذكير الأفراد بتلك الأوقات من خلال ساعة يد تصدر صفارة عندما تحين تلك الأوقات إلى إعطائهم أجهزة حاسب من نوع PAD مساعد البيانات الفردي، مثل حاسب راحة اليد ، والتي لا تقوم فقط بتنبيه الفرد إلى الوقت الذي يجب عمل تلك التقارير فيه بل تسمح له أيضا بإدخال استجاباته مباشرة إلى الحاسب Stone & Shiffman, 1994 .

ولما كانت طريقة استدعاء الذكريات تشوبها بعض المشكلات، تكون طريقة التقييم البيئي المؤقت هي من أفضل الطرق لاختبار بعض النظريات في مجال علم الأمراض النفسية. فنجد مثلا أن النظريات الراهنة المتعلقة بكل من اضطرابات القلق والاكتئاب ترى أن الاستجابات الانفعالية تجاه أحد العوامل الشاقة تحددها أفكار يستثيرها هذه العوامل. وبطبيعة الحال لا يمكن استدعاء تلك الأفكار بدقة من خلال التذكر.

ويمكن أيضا أن تكون طريقة التقييم البيئي المؤقت مفيدة في المواقف السريرية، حيث يمكن أن تكشف عن معلومات قد تغفل عنها الطرق التقليدية في التقييم. فنجد "هيرلبرت" Hurlburt 1997 مثلا يصف حالة رجل يعاني نوبات قلق شديدة. وخلال المقابلات السريرية قال المريض إن حياته تسير على خير ما يرام، وإنه يحب زوجته وأولاده، وإن عمله كان مجزيا من الناحية الاقتصادية والشخصية أيضا. ولم يتمكن الطبيب من استنتاج أي سبب لنوبات القلق، فطلب من ذلك الرجل تسجيل أفكاره أثناء قيامه بما اعتاد القيام به يوميا، ومما يثير المفاجأة أن حوالي ثلث أفكاره كانت تتعلق بالغضب من أولاده مثلا "لقد ترك بوابة السور مفتوحة ثانية وخرج الكلب" .

وبمجرد تنبيهه إلى الظهور كثير التكرار لأفكار الغضب عنده تقبل حقيقة أنه كثيرا ما يشعر بالغضب من أولاده. إلا أنه كان يرى أن شعوره بالغضب من أولاده يعد خطئيه

وأنه أب غير كفء لأن لديه مثل تلك الأفكار والأحاسيس...[ودخل] في علاج قصير الأمد يركـز على أن الغضب من الأولاد أمر طبيعي، وهذا الفـارق مهـم بـين الشـعور بالغضـب والـتصرف بعدوانية. وفي الحال اختفت نوبات القلق Hurlburt, 1979, p.944 .

وعلى الرغم من أن هناك بعض الأبحاث التي تشير إلى أن مراقبة الذات أو التقييم البيئي المؤقت يمكن أن تمدنا بقياسات دقيقة لهذا السلوك، يشير عدد كبير من الدراسات البحثية إلى أن السلوك يمكن أن يتغير بسبب المراقبة الذاتية له، أي أن الوعي الذاتي المطلوب من أجل المراقبة الذاتية يؤثر في السلوك Haynes & Horns, 1982 . وتسمى ظاهرة تغير السلوك بسبب المراقبة الذاتية التفاعلية reactivity. ونجد بصفة عامة أن السلوكيات المرغوبة مثل الانخراط في المحادثات الاجتماعية كثيرا ما يزيد معدل تكرارها عندما تخضع للمراقبة الذاتية Nelson, Lipinski, & Black, 1976 في حين تتناقص بشدة السلوكيات التي يريد الفرد تقليلها مثل تدخين السجائر McFall & Hammen, 1971 .



تؤدي مراقبة الذات عامة إلى زيادة السلوكيات المرغوبة ونقص في السلوكيات غير المرغوبة.

ويمكن للتدخلات العلاجية أن تستغل ظاهرة التفاعلية كناتج ثانوي لمراقبة الـذات. فنجـد أن مشكلات التدخين والقلق والاكتئاب والمشكلات الصحية طـرأ عليهـا جميعـا تغـيرات نافعـة في الدراسـات الخاصـة بمراقبـة الـذات Febbraro & Clum, 1998 . بالإضـافة إلى أن التفاعليـة والمراقبة الذاتية باستخدام أجهـزة إليكترونيـة مثـل الهواتـف الذكيـة تسـاعد بشـكل فعـال في العلاج السلوكي المعرفي لاضطرابات القلق المختلفة Przeworski & Newman, 2006 .

جدول 3-7 أهم مناهج التقييم النفسي

المقابلات الشخصية	المقابلات السريرية Clinical interviews المقابلات المقننة structured interviews	يحاول الطبيب السريري معرفة مشكلات المريض من خلال الحديث. والمنهجية المتبعة تتحكم في مضمون المقابلة. توضح الأسئلة التي سيتم طرحها بالتفصيل في كتيب. تستخدم في الأغلب الأعم للحصول على المعلومات اللازمة للوصول إلى تشخيص.
مقاييس المشقة النفسية		مقاييس للتقرير الذاتي أو مقابلات شخصية تقيم الأحداث الضاغطة stressful وكذلك ردود الأفعال على هذه الأحداث.
الاختبارات النفسية	اختبارات الشخصية الاختبارات الاسقاطية projective tests اختبارات الذكاء	استبيانات التقرير الذاتي self-report questionnaires التي تستخدم لتقييم إما عدد واسع النطاق من السمات كما في اختبار MMPI-2 أو سمه واحدة كما في اختبار الاتجاهات ذات الخلل الوظيفي dysfunctional attitudes. مثيرات غامضة، مثل بقع الحبر اختبار رورشاخ يتم تقديمها للشخص، والاستجابة تتحدد من خلال عمليات اللاوعي. عمليات تقييم للأداء الوظيفي الحالي للعقل. تستخدم للتنبؤ بالأداء الدراسي وتشخيص الإعاقة الذهنية.
الملاحظة المباشرة		يستخدمها الأطباء السلوكيون لتحديد السلوكيات الإشكالية وكذلك سوابق وعواقب تلك السلوكيات. تستخدم كذلك لتقييم المعرفة cognition كما يحدث في أسلوب التعبير عن الأفكار في مواقف مصطنعة.
الملاحظة الذاتية		يقوم الأفراد بمراقبة سلوكياتهم وتسجيلها، كما في أسلوب التقييم البيئي المؤقت.

استبيانات الأسلوب المعرفي Cognitive-Style Questionnaires: عادة ما تستخدم الاستبيانات الأسلوب المعرفي في وضع خطط تحدد الأهداف الملائمة للعلاج، وكذلك في تحديد إذا كانت العلاجات السريرية تساعد في تغيير أنماط التفكير شديدة

السلبية أم لا. وبعض هذه الاستبيانات تشبه في الشكل العام اختبارات الشخصية التي تحدثنا عنها بالفعل.

وأحد استبيانات التقرير الذاتي الذي وضع استنادا إلى نظرية "بيك" انظر الفصلين الثاني والثامن هو مقياس اتجاه الاختلال الوظيفي Dysfunctional Attitude Scale DAS . ويحتوي هذا الاستبيان على أسئلة مثل "من المحتمل أن يقل اهتمام الناس بي إذا ارتكبت خطأً ما" Weissman & Beck, 1978 . وطبقاً للصدق البنائي، فقد أوضح الباحثون أنهم يستطيعون التفريق بين الأفراد المصابين بالاكتئاب وغير المصابين به استنادا إلى الدرجات التي حصلوا عليها على هذا المقياس، وأن الدرجات تتناقص أي تتحسن بعد إعطاء العلاجات التي تخفف من حدة الاكتئاب. أضف إلى ذلك أن مقياس DAS يتصل بجوانب معرفية أخرى بطرق تتفق مع نظرية "بيك". فنجد مثلا أنه يرتبط بأداة أخرى من أدوات التقرير الذاتي تسمى استبيان التحيز المعرفي Cognitive Bias Questionnaire Krantz & Hammen, 1979 . وتقوم بقياس الطرق التي يستخدمها الأفراد لتحريف المعلومات بحيث تصبح أكثر سلبية. وهناك مجموعة من المعلومات التي تساعد في إثبات أن هذه الاستبيانات تتمتع بالصدق والثبات Glass & Arnkoff, 1997 .

الملخص السريع:

لقد تم تلخيص التقييمات النفسية التي وصفناها في جدول 3-7. حيث يوضح التقييم النفسي الشامل على العديد من المناهج والاختبارات المختلفة. يمكن بناء المقابلات بتحديد الأسئلة المحددة سلفا وتقديمها في ترتيب معين، أو غير منظم لمتابعة عن كثب ما يقوله العميل فى المقابلة. والمقابلات المقننة هي أكثر ثباتًا. كما أن العلاقة الحميمة بين المعالج والمريض ضرورية جدًا في بناء المقابلة بغض النظر عن نوعها.

ويمكن تقييم المشقة من خلال المقابلة شبه المقننة التي يُسأل فيها عن أهمية أحداث الحياة في سياق ظروف الحياة للفرد، مثل قائمة أحداث وظروف الحياة، ولكن لازالت قوائم التقرير الذاتي للمشقة تتصف بأنها منخفضة الثبات والصدق.

تتسم قائمة مينسوتا متعددة الأوجه للشخصية بأنها مقننة وموضوعية. كما أنها مقياس يتسم بالصدق والثبات المرتفع، وتستخدم على نطاق واسع بالمقارنة بالاختبارات الشخصية الإسقاطية، مثل رورشاخ أو تات، وذلك بسبب انخفاض الصدق لمثل هذه الاختبارات. وتم استخدام اختبارات الذكاء من السنوات الماضية بسبب ثباتها وصدقها، وهناك حدود لاستخدام اختبار الذكاء من قبل الطبيب أو الباحث.

الملاحظة المباشرة للسلوك تفيد جدًا في التقييم، بالرغم من أنها تستغرق وقتا أكثر مما فى بطارية التقرير الذاتي. وهناك مناهج أخرى للتقييم السلوكي والمعرفي تشمل التقييم البيئي المؤقت.

التقييم البيوعصبي Neurobiological Assessment :

باسترجاع الفصلين الأول والثاني حول تاريخ علم النفس المرضي من حيث وجود بعض الأعراض التي ترجع إلى وجود خلل على الأقل في المخ أو أجزاء منه في الجهاز العصبي. سوف نتناول أربعة مجالات على وجه الخصوص: تصوير المخ، وتقييم النواقل العصبية، والتقييم النفسي العصبي، والتقييم الفسيولوجي العصبي انظر جدول 3-8 للاطلاع على ملخص لتلك الطرق .

جدول 3-8: طرق التقييم البيوعصبي

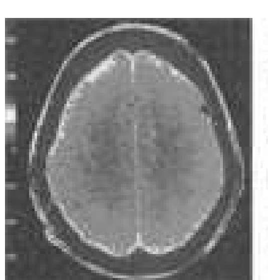
تصوير المخ	التصوير بالأشعة المقطعية CT والرنين المغناطيسى MRI يكشف بنية المخ. التصوير المقطعي بانبعاث البوزيترونPI T يكشف وظائف المخ وبدرجة أقل بنية المخ. وتصوير وظائف المخ باستخدام الرنين المغناطيسي FMRI يستخدم لدراسة كل من بنية المخ ووظائفه.
تقييم النواقل العصبية	يشمل تحليل ما بعد الوفاة للنواقل العصبية ومستقبلاتها، وتحليلات للمستقبلات metabolites الخاصة بالنواقل العصبية، ومسح PET للمستقبلات.
التقييم النفسي العصبي	تقوم الاختبارات السلوكية مثل اختبار Halstead-Reitan واختبار Luria-Nebraska بتقييم قدرات مثل سرعة الحركة والذاكرة والقدرة المكتنية. وتشير جوانب العجز في اختبارات معينة تساعد في تحديد المناطق التي يحدث فيها خلل لوظائف المخ.
التقييم الفسيولوجي النفسي	يشمل قياسات للنشاط الكهربي في الجهاز العصبي الذاتي مثل التوصيلية الكهربية للجلد، أو في الجهاز العصبي المركزي مثل مخطط كهربية الدماغ EEG.

تصوير المخ Brain Imaging: "رؤية " المخ "seeing" the Brain

إن العديد من المشكلات السلوكية يمكن أن تنتج عن خلل في وظائف المخ، لهذا ظل الأطباء لسنوات يستخدمون الاختبارات العصبية في تحديد الخلل في وظائف المخ، ومن بين هذه الاختبارات فحص الأفعال المنعكسchecking the reflexes، وفحص شبكية العين للبحث عن أي علامة تدل على تضرر الأوعية الدموية، وتقييم التناسق الحركي والإدراك. وفي الآونة الأخيرة ظهرت أجهزة تسمح للأطباء السريريين والباحثين بالاطلاع مباشرة على كل من بنية ووظائف المخ.

يساعد نظام الأشعة المقطعية المحورية الكمبيوترية Computerized axial tomography CAT على تقييم الشذوذ في بنية المخ ويمكنه تصوير أجزاء أخرى من الجسم لأغراض طبية . وفي هذا النظام يمر شعاع متحرك من الأشعة السينية عبر قطاع عرضي أفقي من المخ ويقوم بمسحه بزاوية مقدارها 360، ويقوم بالتقاط الأشعة السينية المتحرك في الجانب الآخر بقياس مقدار النشاط الإشعاعي الذي يخترق المخ، وبذلك يكتشف اختلافات طفيفة في كثافة الأنسجة. ويقوم الحاسوب باستخدام تلك المعلومات برسم صورة ثنائية الأبعاد مفصلة لذلك القطاع العرضي تتميز بتباينات لونية مثلا. ثم يتم تحريك الرأس ويقوم ذلك الجهاز بمسح قطاع آخر من المخ. والصور الناتجة يمكن أن تظهر تضخم بطينات المخ مما ينبئ بتحلل الأنسجة ومواقع الأورام والجلطات الدموية.

ومن بين الأجهزة الأحدث التي تعتمد على الحاسوب وتصور المخ الحي جهاز التصوير بالرنين المغناطيسي magnetic resonance imaging الذي يعرف أيضا بـ MRI، والذي يتفوق على جهاز الأشعة المقطعية لأنه ينتج صورا ذات جودة أعلى، ولا يعتمد حتى على المقدار الضئيل من الإشعاع الذي يتطلبه المسح بالأشعة المقطعية. وفي حالة جهاز MRI يوضع المريض داخل مغناطيس كبير دائري يؤدي إلى تحريك ذرات الهيدروجين في الجسم. وعند إطفاء المغناطيس تعود الذرات إلى مواقعها الأصلية

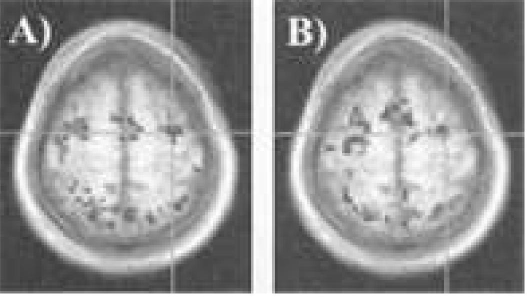



توضح هاتان الصورتان المقطعيتان CT scan شريحة أفقية عبر المخ. الصورة ناحية اليسار طبيعية، أما الصورة ناحية اليمين فتحتوي على ورم في الجانب الأيسر.

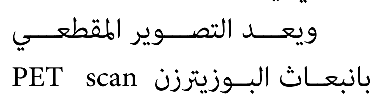
وتولد بالتالي إشارة كهرومغناطيسية. بعد ذلك يقوم جهاز حاسب بقراءة هذه الإشارات وترجمتها إلى صور لنسيج المخ. ويعد هذا الأسلوب تقدما طبيا هائلا. فنجد على سبيل المثال أن هذا الأسلوب مكن الأطباء البشريين من تحديد أماكن الأورام الدقيقة في المخ واستئصالها، وبدون هذه الطرق المتطورة لتصوير بنية المخ كان من الممكن أن تصبح هذه الأورام الدقيقة غير قابلة للاستئصال.

وفي الآونة الأخيرة تم إدخال تعديل على جهاز MRI ليصبح Functional MRI FMRI تصوير وظائف المخ باستخدام الرنين المغناطيسي ، ويسمح هذا التعديل للباحثين بقياس كل من بنية ووظائف المخ. ويقوم هذا الأسلوب بالتقاط صور الرنين المغناطيسي بسرعة كبيرة تسمح بقياس التغيرات الأيضية، ويعطي صورة للمخ أثناء عمله بدلا من

بنيته فقط. فنجد مثلا أن الباحثين يمكنهم قياس التغير في أنشطة المخ أثناء قيام الفرد بمهام مختلفة مثل مشاهدة فيلم عاطفي أو الإجابة على أحد اختبارات الذاكرة أو النظر إلى أحجية مرئية أو سماع وتعلم قائمة من الكلمات. ويقوم جهاز FMRI بقياس تدفق الدم في المخ، ويسمى ذلك إشارة BOLD وهو اختصار blood oxygenation level dependant أي تابع مستوي الأكسجين في الدم. فعندما يتم استثارة العصبونات neurons يزداد تدفق الدم إلى تلك المنطقة، وبالتالي يكون تدفق الدم في منطقة معينة من المخ ممتلا مقبولا للنشاط العصبي في تلك المنطقة.



صور لوظائف المخ باستخدام الرنين المغناطيسي MRI



ويعد التصوير المقطعي بانبعاث البوزيترزن PET scan طريقة غالية وباهظة أكثر بكثير، وهي أيضا تسمح بقياس كل من بنية ووظائف المخ، على الرغم من أن قياس بنية المخ لا يكون في دقة القياس بأجهزة MRI أو FMRI كما أن الفترة الزمنية الملتقطة تكون أطول.

وفي هذا النوع من التصوير PET يتم تعليم إحدى المواد التي يستخدمها المخ بواسطة أحد النظائر المشعة قصيرة الأجل وحقنها في تيار الدم. ينبعث من الجزيئات النشطة إشعاعيا جسيم يسمى البوزيترون الذي يصطدم سريعا بأحد الإليكترونيات. ينطلق من الجمجمة زوج من الجسيمات الخفيفة عالية الطاقة في اتجاهين متعاكسين ويتم التقاطهما بواسطة الماسح. ويقوم الحاسوب بتحليل ملايين من هذه التسجيلات وتحويلها إلى صورة للمخ وهو يعمل. وتكون الصور ملونة، وتكون البقع الضبابية من الألوان الأفتح والأكثر دفئا عبارة عن مناطق تكون فيها معدلات



يوضح التصوير بطريقة PET إلى اليسار صورة طبيعية للمخ، والى اليمين صورة لمخ مريض بالزهايمر

الأيض لتلك المادة أعلى من غيرها. ولما كانت تلك الطريقة باهظة أكثر من طريقة FMRI، فقد قل الآن معدل استخدامها كمقياس لوظائف المخ.

يمكن أن تشير الصور المرئية للمخ إلى مواقع نوبات الصرع، وأورام المخ، والسكتات الدماغية، والصدمة الناتجة عن إصابات المخ، وكذلك توزيع العقاقير المؤثرة نفسيًا. ويستخدم التصوير بطريقة FMRI وPET على نطاق أضيق - لدراسة العمليات العقلية التي يحتمل شذوذها والتي ترتبط بالعديد من الاضطرابات، مثل عدم تنشيط القشرة الجبهية في المخ frontal cortex في المرضى المصابين بالفصام عند محاولتهم أداء مهمة معرفية. إلا أنه يجب أن تعرف أن هذه الأساليب لا تسمح لنا بالتلاعب في أنشطة المخ ثم قياس التغير في السلوك، وإنما يمكننا التلاعب بأحد السلوكيات مثلا نطلب من الفرد تذكر قائمة من الكلمات أو استعراض صورة مثيرة انفعاليا ثم نقوم بقياس تدفق الدم في المخ.

تقييم النواقل العصبية Neurotrasmitter Assessment:

قد يبدو أن تقييم مقدار ناقل عصبي معين أو عدد مستقبلاته في المخ يتم بصورة مباشرة. إلا أن ذلك غير صحيح كما رأينا في الفصل الثاني. لقد اعتمدت معظم الدراسات البحثية التي أجريت على النواقل العصبية والاضطرابات السلوكية والنفسية وهي أبحاث ازدادت أهميتها في الأعوام الأخيرة على عمليات تقييم غير مباشرة.

وفي الدراسات التي تجرى بعد الموت يتم نزع مخ المريض المتوفى وقياس كمية نواقل عصبية محددة في مناطق معينة من المخ. ويمكن صب بعض المواد - في مختلف مناطق المخ - التي ترتبط بالمستقبلات العصبية، ويمكن بعد ذلك تقدير مقدار هذا الارتباط؛ فكلما زاد معدل الارتباط كان عدد المستقبلات العصبية أكبر. وفي الفصل الحادي عشر سنرى كيف استخدمت تلك الطريقة لدراسة نظرية الدوبامين dopamine الخاصة بالفصام.

ومن بين أشهر الطرق المستخدمة لتقييم كمية النواقل العصبية في الدراسات التي تجرى على الأحياء هي تحليل الأيضات metabolites النواقل العصبية التي قامت الإنزيمات بتكسيرها. والأيض metabolite عادة ما تكون حمضا يتم إنتاجه عند تعطيل الناقل العصبي. وتوجد هذه المنتجات الثانوية لعملية تكسير نواقل عصبية مثل النورابينفرين norepinephrine والدوبامين dopamine والسيروتونين serotonin في البول ومصل الدم والسائل النخاعي الدماغي هو السائل الموجود في النخاع الشوكي وبطينات المخ CSF . فنجد مثلا أن الأيض الرئيس للدوبامين هي حمض homovanillic، وللسيروتونين حمض hydroxiindoleacetic-5. وإذا كان مستوى أحد الأيض مرتفعا، فإن ذلك يشير إلى ارتفاع مستوى الناقل العصبي والعكس صحيح.

إلا أن هناك مشكلة تواجه قياس كمية الأيض في الدم أو البول، فهذه المستويات لا تعكس مباشرة مستويات النواقل العصبية في المخ، فالأيض الذي يتم قياس كميته بتلك الطريقة يمكن أن يمثل كمية النواقل العصبية في أي مكان في الجسم. ويمكن قياس الأيض بطريقة أكثر تحديدا من خلال قياس كميتها في السائل النخاعي الدماغي المأخوذ من النخاع الشوكي للفرد. وحتى في حالة السائل النخاعي الدماغي نجد أن الأيض يمكن أن تمثل أنشطة المخ والنخاع الشوكي معا بدلا من تلك المناطق التي ترتبط مباشرة بالاضطرابات السلوكية والنفسية. وسوف نرى في الفصل الخامس أن بعض الذين يعانون الاكتئاب تكون مستويات أيض السيروتونين عندهم منخفضة، وهي حقيقة كان لها دور مهم في نظرية السيروتونين الخاصة بالاكتئاب.



إن مقاييس مستقبليات النواقل العصبية التي تعتمد على مستوياتها في الدم أو البول لا تقدم لنا مؤشرا دقيقا لمستويات النواقل العصبية في المخ

وهناك مشكلة أخرى تتعلق بالدراسات الخاصة بالأيض وهي أن تلك الدراسات تتميز بالارتباط. وفي الفصل الرابع سوف نناقش الحدود التي تقيد الأبحاث الارتباطية بما في ذلك أن علاقة السببية لا يمكن تحديدها من خلال دراسة ارتباطية. أي أنه عندما يكتشف الباحثون أن مستويات النواقل العصبية تكون منخفضة أثناء الإصابة باضطراب مثل الاكتئاب، فإن ذلك يمكن أن يرجع إلى أن مستويات النواقل العصبية تسبب الاكتئاب، أو لأن الاكتئاب يؤدي إلى تغيرات في مستويات النواقل العصبية، أو لأن هناك متغيرا ثالثا يؤدي إلى تغيرات في النواقل العصبية وكذلك في الاكتئاب. فنجد مثلا أن مستويات الدوبامين والنوابينفرين والسيروتونين تغير استجابة للمشقة العصبية. ونحن نحتاج إلى دليل تجريبي يثبت أن مستويات النواقل العصبية يمكن أن تسبب الأعراض.

وأحد الأساليب التي تمكننا من الحصول على المزيد من المعلومات التجريبية حول هل أنظمة النواقل العصبية تساعد بالفعل في تسبب الاضطرابات السلوكية والنفسية، هو استخدام عقاقير تؤدي إلى زيادة أو نقصان مستويات النواقل العصبية في المخ. فنجد مثلا أنه من المفترض أن يؤدي أحد العقاقير التي ترفع مستوى السيروتونين إلى تخفيف الاكتئاب، وأن يؤدي العقار الذي يقلل مستوى هذا الناقل العصبي إلى التسبب في أعراض

اكتئابية. إلا أن هذا الأسلوب له مشكلاته أيضا. فقد نجد تساؤلات حول مدى أخلاقية إجراء هذه الدراسات إذا كان الهدف من إحدى التجارب هو إظهار الأعراض. إلا أنه من المطمئن بالنسبة لهذه النقطة أن معظم الدراسات تكتشف أن هذه العقاقير لها تأثير مؤقت جدا، وسرعان ما تعود أنظمة النواقل العصبية إلى مستوياتها الطبيعية مما يسمح بالتعافي من تلك النوبات المزاجية القصيرة. ومن بين المشاكل الأخرى: أن العقاقير التي تغير مستويات أحد النواقل العصبية كثيرا ما تؤثر على أنظمة أخرى من النواقل العصبية. وسوف نطلع على أمثلة من تلك الدراسات في هذا الكتاب.

وحاليا يستخدم الأطباء السريريون والباحثون في الكثير من المباحث العلمية الأساليب الخاصة بتصوير المخ وتقييم مستويات النواقل العصبية في اكتشاف مشكلات المخ التي لم يكن في الإمكان اكتشافها من قبل، وكذلك في إجراء أبحاث على التأثيرات العصبية والكيميائية في الأفكار والانفعالات والسلوكيات. وهو مجال نشط ومثير من مجالات البحث والتطبيق. والحقيقة هو أننا يمكن أن نتوقع على نحو منطقي أن يتمكن الباحثون والأطباء السريريون - بمساعدة تلك الأساليب والأجهزة التقنية مثل جهاز FMRI - من ملاحظة المخ ووظائفه بطريقة مباشرة إلى حد ما وبالتالي تقييم كل مظاهر الشذوذ فيه. غير أن النتائج المتحصل عليها حتى يومنا هذا ليست أكيدة بما يكفي لاستخدام تلك الطرق في تشخيص الاضطرابات السلوكية والنفسية. أضف إلى ذلك أن الكثير من مظاهر الشذوذ في المخ تتضمن تغيرات دقيقة وطفيفة في بنية المخ إلى حد كبير جعلها غير قابلة للفحص حتى وقتنا هذا. كذلك نجد أن بعض الاضطرابات تنطوي على مشكلات واسعة النطاق، مما يجعل محاولة إيجاد الخلل الوظيفي في الدماغ الذي أدى إلى تلك الاضطرابات عملية مروعة. ولنأخذ مثلا الفصام الذي يؤثر في التفكير والإحساس والسلوك. فأين هي المنطقة الدماغية التي تحتوي على الخلل؟ إن البحث عن المناطق التي تؤثر في التفكير والإحساس والسلوك يعني ببساطة البحث في المخ بأكمله تقريبا.

التقييم النفسي العصبي Neuropsychological Assessment :

من المهم الإشارة الآن إلى الفارق بين أخصائي الطب العصبي neurologist وأخصائي علم النفس العصبي neuropsychologists بالرغم من أن كليهما يهتم بدراسة الجهاز العصبي المركزي. فأخصائي طب الأعصاب هو طبيب بشري متخصص في الأمراض الطبية التي تصيب الجهاز العصبي، مثل الضمور العضلي muscular dystrophy، أو الشلل الدماغي cerebral palsy، أو مرض الزهايمر. أما أخصائي علم النفس العصبي فهو عالم نفس يدرس كيفية تأثير الخلل الوظيفي في المخ في طريقة تفكيرنا وإحساسنا وفي سلوكياتنا. وأخصائي علم النفس العصبي - كما يتضح من الاسم

- تلقى تعليمه كعالم نفس ولكن مع التركيز على التأثير الضار لمظاهر الشذوذ المخي في الأفكار والانفعالات والسلوكيات. ويساعد كلا الأخصائيين بعضهما البعض كثيرا، حيث يعملان بطرق مختلفة - وكثيرا ما يتعاونان - للتوصل إلى كيفية عمل الجهاز العصبي وكيفية معالجة المشكلات الناتجة عن وجود مرض أو إصابة في المخ.

عادة ما تستخدم الاختبارات النفسية العصبية جنبا إلى جنب مع الأساليب الخاصة بتصوير الخلل الوظيفي للمخ، وما يترتب عليه من حدوث الاضطرابات السلوكية. وتشير الأدلة البحثية إلى أن هذه الاختبارات تحظى بقدر عال من الصدق فيما يتعلق باكتشاف التلف الدماغي، وكذلك تحديد مكانه في أماكن محددة من المخ، وتستند الاختبارات النفسية العصبية على فكرة أن الوظائف النفسية المختلفة سرعة الحركة، والذاكرة، واللغة تقع في مناطق مختلفة من المخ. وهكذا نجد مثلا أن الاختبار النفسي العصبي يمكن أن يساعد في تحديد مقدار التلف في المخ الناتج عن السكتة الدماغية، كما يمكن أن يمدنا ببعض المعلومات حول الأماكن التي يمكن أن تكون تالفة. وهناك انتقادات موجهة للمفهوم الخاص باستخدام بطارية مجموعة اختبارات battery of tests ليتناول كل منها وظيفة مختلفة من وظائف المخ، حيث إن الباحث لا يستطيع على نحو واف الحكم على فرد بأنه يعاني تلف الدماغ، وتحديد موقع هذا التلف إلا بعد دراسة نمط الأداء عند هذا الفرد. وهناك العديد من الاختبارات النفسية العصبية المستخدمة في تقييم الاضطرابات السلوكية والنفسية. وسوف نركز هنا على اثنتين من بطاريات الاختبارات شائعة الاستخدام.


تقييم الاختبارات النفسية العصبية أنواع متعددة من خلل الأداء من أجل اكتشاف منطقة محددة في المخ تحتوي على خلل وظيفي. وهذه صورة توضح الاختبار اللمسي للأداء Tactile Performance Test.

أحد الاختبارات النفسية العصبية هو بطارية رايتان المعدلة Reitan's modificato of a battery، والتي تعد تعديلا على بطارية أو مجموعة الاختبارات التي قام "هالستيد" Halstead بوضعها من قبل. وفيما يلي ثلاثة من الاختبارات التي تحتوي عليها بطارية "هالستيد – رايتان" Halstead - Reitan Battery:

1- الاختبار اللمسي للأداء - الوقت Tactile Performance Test - Time: يقوم المريض وهو معصوب العينين بمحاولة إدخال مجموعة من الأشكال المتنوعة في

فراغات محفورة على لوحة، أولا باستخدام اليد التي يفضلها وبعد ذلك باليد الأخرى وبكليهما في النهاية.

2- الاختبار اللمسي للأداء - الذاكرة Tactile Performance Test - Memory: بعد الانتهاء من الاختبار المحدد بوقت زمني يطلب من المشارك رسم لوحة الأشكال اعتمادا على الذاكرة، وتوضيح الأشكال في أماكنها الملائمة. ويساعد كل من هذين الاختبارين في الكشف عن التلف في الفص الجداري الأيمن.

3- اختبار إدراك أصوات الحديث Speech Sound Perception Test: يستمع المشاركون إلى سلسلة من الكلمات غير المفهومة يتكون كل منها من صوتين ساكنين بينهما صوت e طويل، ثم يقومون باختيار "الكلمة" التي سمعوها من بين مجموعة من الاختيارات. وهذا الاختبار يقيس وظائف النصف الأيسر من الدماغ وخاصة مناطق الفص الصدغي والفص الجداري.

وقد أثبتت الأبحاث الشاملة أن هذه البطارية تصلح لاكتشاف التغيرات السلوكية التي ترتبط بالخلل الوظيفي الدماغي الناتج عن مجموعة متنوعة من الحالات مثل الأورام والسكتة الدماغية وإصابة الرأس.

كذلك تستخدم بطارية لوريا - نيبراسكا Luria-Nebraska Battery Golden, Hammeke, & Purisch, 1978 - التي تستند إلى أبحاث عالم النفس الروسي "أليكساندر لوريا" Aleksandr Luria 1902-1977 - على نطاق واسع Moses & Purisch, 1997 . وتحتوي هذه البطارية على 269 سؤالا مقسمة إلى 11 قسما بغرض تحديد المهارات الحركية الأساسية والمعقدة، والقدرات الخاصة بإيقاع ودرجة الصوت، ومهارات اللمس، والمهارات الحسية الحركية، والمهارات اللفظية والمكانية، والقدرة الاستقبالية للكلام receptive speech ability، والقدرة التعبيرية للكلام expressive speech ability، والكتابة، والقراءة، والمهارات الحسابية، والذاكرة، والعمليات الذهنية intellectual processes. ويساعد نمط الدرجات التي يحصل عليها الفرد في هذه الأقسام - وكذلك في الاثنين وثلاثين سؤالا التي تعد أكثر تلك الأسئلة تميزا وإشارة إلى الخلل الشامل - على الكشف عن التلف المحتمل في المناطق الجبهية أو الصدغية أو الحس حركية أو القذالية الجدارية parietal-occipital للنصف الأيمن أو الأيسر.

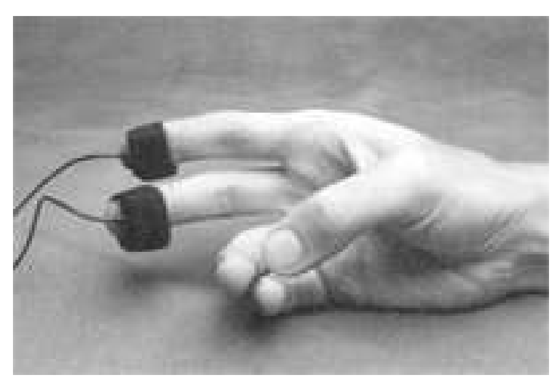
ويمكن إعطاء بطارية اختبارات "لوريا - نيبراسكا" في زمن قدره ساعتان ونصف الساعة كما يمكن تصحيحها بطريقة تتميز بدرجة عالية من الثبات e.g., Kashden & Franzen, 1996 . وهناك أيضا شكل بديل من هذه الاختبارات. وقد ثبت تميز هذه الاختبارات بالصدق التشخيصي من خلال نتائج بحثية، فقد وجد مثلا أن هذه الاختبارات

حققت معدلا من التصنيف الصحيح يصل إلى 86 بالمائة عندما استخدمت مع عينة من المصابين بأمراض عصبية والمجموعات الضابطة Moses et al., 1992 .

وهناك ميزة خاصة من الاختبارات لوريا، نبراسكا هو أن واحدة يمكن السيطرة للمستوى التعليمي بحيث يكون الفرد أقل تعليما لا تحصل على درجة أقل فقط بسبب من تجربة تعليمية محدودة Brickman et al., 1984 أخيرا، وهو نسخة للأطفال من سن 8 إلى تم العثور على 12 Golden, 1981a,b مفيدة في المساعدة على تحديد تلف في الدماغ وفي تقييم نقاط القوة والضعف التعليمية للأطفال Sweet et al., 1986 .

تقييم النفسي الفسيولوجي:

يركز اهتمام علم النفس الفسيولوجي على التغيرات الفسيولوجية المصاحبة للأحداث النفسية. وقد استخدم الباحثون مقاييس مثل معدل ضربات القلب، والتوتر في العضلات، وتدفق الدم في أجزاء مختلفة من الجسم، وموجات المخ لدراسة هذه التغيرات الفسيولوجية عندما يكون الأفراد في حالة خوف، أو اكتئاب، أو نوم، أو تخيل، أو حل المشكلات....الخ. فمثلا مناهج تصوير المخ التي ناقشناها بالفعل، فإن التقييمات التي وصفنا هنا ليست حساسة بما فيه الكفاية لاستخدامها للتشخيص. وبالرغم مع ذلك، فقد تمدنا بمعلومات مهمة حول نشاط الأفراد، والمقارنة بينهم. فعلى سبيل المثال، باستخدام التعرض لعلاج المرضى الذين يعانون اضطرابات القلق، وسيكون من المفيد معرفة مدى ما يدل على الاستثارة الفسيولوجية للمرضي عندما يتعرضون للمحفزات التي تسبب القلق. فالمرضى الذين يظهرون الاستثارة الفسيولوجية أكثر يعانون مزيدًا من الخوف، وينبأ أكثر بفائدة العلاج Foa et al., 1995 .



في التقييم الفسيولوجي النفسي، التغيرات الجسمية في الجسم يتم قياسها. فتوصيل الجلد يمكن قياسه من خلال أبعي اليد

فغالبًا يتم تقييم أنشطة الجهاز العصبي اللاإرادي كما ناقش في الفصل 2 من خلال المقاييس الكهربائية والكيميائية لفهم أنماط الانفعال. ومن المقاييس المهمة معدل ضربات القلب. فكل نبضة للقلب تولد التغييرات الكهربائية، والتي يمكن تسجيلها بواسطة أقطاب

كهربائية توضع على الصدر التي تنقل إشارات إلى جهاز رسم القلب أو جهاز كشف الكذب. فيصور الإشارة بيانيًا من خلال تخطيط القلب electrodiogram EKG ، والتي يمكن رؤية الموجات على شاشة الكمبيوتر أو من خلال لفافة من ورق الرسم البياني.

أما المقياس الثاني لنشاط الجهاز العصبي اللاإرادي هو الاستجابة الكهربية للجلد electrodermal responding، أو توصيل الكهربائي للجلد skin conductance. فالقلق، والخوف، والغضب، وغيرها من الانفعالات تزيد نشاط الجهاز العصبي السيمبثاوي، مما يعزز من نشاط الغدد العرقية. وعلى زيادة نشاط الغدد العرقية يزداد التوصيل الكهربائي للجلد. ويتم قياس التوصيل عادة من خلال التحديد الراهن للتدفق من خلال الجلد، حيث يتم تمرير التيار الكهربائي الصغير بين قطبين على اليد. فعندما يتم تنشيط الغدد العرقية، ويظهر هذا التيار ويزداد وضوحا. وتستخدم هذه التقييمات على نطاق واسع في مجال بحوث علم النفس المرضي.

يتم قياس نشاط المخ من خلال رسم النشاط الكهربائي للمخ an electroencephalogram EEG، وذلك بوضع أقطاب على فروة الرأس في منطقة الدماغ المحددة. فالأنماط الشاذة من النشاط الكهربائي تشير إلى خلل في المخ أو تساعد في تحديد مكان أورام أو أعطاب المخ. كما تستخدم مؤشرات EEG أيضا لقياس الانتباه واليقظة Feldman Barrett, 2003 .

كما هى الحال مع تكنيكات تصوير المخ التي تم استعرضتها في وقت سابق، فاكتمال الصورة يتم الحصول على تقييم الأداء الفسيولوجي في حين انخراط الفرد في بعض أشكال السلوك أو النشاط المعرفي.

الملخص السريع:

يسمح التقدم في التكنولوجيا للأطباء والباحثين بـ"رؤية" المخ أثناء الحياة. فتقنيات التصوير المختلفة، مثل المسح الكهربائي للمخ أو الرنين المغناطيسي الوظيفي لديهم القدرة على إظهار مناطق المخ التي لا تعمل على النحو الأمثل. والتقييم المباشر للناقلات العصبية لم يفعل في كثير من الأحيان. بدلا من ذلك، ففحوصات نواتج الأيض للناقلات العصبية يساعد على توفير وسيلة الخام لتقدير كيفية عمل الناقلات العصبية. وثمة منهج آخر هو إدارة العقاقير التي تزيد أو تنقص في مستويات الناقل العصبي. أما الاختبارات النفسية العصبية فهي الاختبارات التي تم وضعها لإظهار كيفية حدوث تغيرات في السلوك أو اضطراب في مناطق معينة من المخ. ويمكن لأساليب التقييم إظهار مدى ارتباط السلوكيات والإدراك بالتغيرات في نشاط الجهاز العصبي، مثل معدل ضربات القلب،

وتوصيل الجلد، أو نشاط المخ. والمفاهيم الأساسية للصدق والثبات بكل أشكال التقييم بما فيها الاختبارات العصبية النفسية.

التنوع الثقافي والعرقي والتقييم Cultural and Ethnic Diversity and Assessment

انتشرت في الأعوام الأخيرة الدراسات التي تتناول تأثير الثقافة والعرقية على الاضطرابات السلوكية والنفسية، وعلى طريقة تقييم تلك الاضطرابات. وعندما تقرأ عن بعض تلك الأبحاث فمن المهم جدًا تذكر أنه من المعتاد أن نجد اختلافات داخل الجماعات الثقافية والعرقية أكثر من الاختلافات بينها. وعندما نتذكر هذه الحقيقة فإن ذلك سوف يساعدنا على تجنب المخاطر الناتجة عن وضع أفراد ثقافة معينة في قالب معين.

ويجب أيضا أن نشير إلى وجود تشكك في مدى الثبات والصدق في الأشكال المتنوعة للتقييم النفسي، ويستند هذا التشكك إلى أن مضمون هذه الاختبارات وطريقة تصحيحها يعكسان ثقافة البيض من الأمريكيين والأوروبيين، وبالتالي يمكن ألا تكون دقيقة في تقييم الأفراد الذين ينتمون إلى ثقافات أخرى. وسوف نناقش في هذا الباب مشكلات التحيز الثقافي وما الذي يمكننا عمله حيال تلك المشكلات.

التحيز الثقافي في التقييم Cultural Bias in Assessment

تشير قضية التحيز الثقافي في التقييم إلى فكرة أن المقياس الذي وضع من أجل إحدى الثقافات أو الجماعات العرقية يمكن ألا يكون على نفس الدرجة من الصدق والثبات عند استخدامه مع جماعة ثقافية أو عرقية أخرى. لقد ترجمت بعض الاختبارات التي وضعت في الولايات المتحدة الأمريكية إلى لغات مختلفة، واستخدمت مع ثقافات مختلفة بنجاح. فنجد على سبيل المثال نسخة باللغة الإسبانية من مقياس وكسلر لذكاء الراشدين WAIS ظلت مستخدمة على مدى 30 عاما Wechsler, 1968 ، ويمكن أن تفيد في تقييم الوظائف الذهنية للأفراد الذين ينتمون للثقافات اللاتينية أو الناطقة بالإسبانية Gomez, Piedmont, & Fleming, 1992 . علاوة على ذلك ترجمت الطبعة الثانية من قائمة مينسوتا متعددة الأوجه للشخصية MMPI-2 إلى أكثر من اثنتى عشرة لغة Tsai et al., 2001 . إلا أن مجرد ترجمة الكلمات إلى لغة أخرى لا يضمن تساوي معنى تلك الكلمات في الثقافات المختلفة. ويمكن اتباع عدة خطوات في عملية الترجمة تكفل تشابه الاختبار في لغات مختلفة، ومن هذه الخطوات العمل مع عدة مترجمين، والترجمة المرجعية، واختبار جودة الترجمة من خلال الاستعانة بعدد من أهل اللغة الأصليين. وقد نجح هذا المنهج في تحقيق التكافؤ اللغوي لبعض الأدوات مثل اختبار MMPI-2 في مختلف الثقافات والجماعات العرقية Arbisi, Ben-Porath, & McNulty, 2002 . وحتى بالنسبة لهذا الاختبار نجد أن هناك اختلافات ثقافية لا يحتمل أن ترجع إلى اختلافات في الاضطرابات السلوكية والنفسية.

فنجد مثلا في معظم مقاييس MMPI-2 أن الدرجات التي يحصل عليها الأمريكيون من أصل آسيوي، والذين لم يندمجوا بشدة في الثقافة الأمريكية تكون أعلى من الدرجات التي يحصل عليها القوقازيون Tsai & Pike, 2000 . ولا يحتمل أن يرجع ذلك إلى وجود مستويات اضطراب انفعالي عند الآسيويين أعلى منها عند القوقازيين. وعلى الرغم من هذه الجهود فإن هذا المجال لديه الكثير من الأساليب لتقليل التحيز الثقافي والعرقي في التقييم السريري. وعلاوة على ذلك يمكن أن تؤدي هذه الافتراضات أو التحيزات الثقافية إلى قيام الأطباء السريريين بالمبالغة في المشكلات النفسية عند أفراد الثقافات الأخرى أو التقليل من شأنها Lopez, 1989, 1996 . فنجد مثلا أن الأطفال الأمريكيين من أصل إفريقي يزداد عددهم بشكل مبالغ فيه في الفصول الدراسية المخصصة للتربية الخاصة، ويمكن أن يرجع ذلك إلى وجود تحيزات طفيفة في الاختبارات التي يتم وضع الأطفال في هذه الفصول بناء عليها Artiles & Trent, 1994 . ونجد أنه منذ السبعينيات على الأقل من القرن العشرين كشفت الدراسات عن أن الفصام يزداد احتمال تشخيصه عند الأمريكيين من أصل إفريقي عنه عند القوقازيين من أصل أمريكي، إلا أنه لا يتضح إذا كان ذلك يمثل اختلافا حقيقيا بين العرقين أم نوعا من أنواع التحيز العرقي عند الأطباء السريريين Arnold et al., 2004; Trierweiler et al., 2000 . ولكن لنأخذ مثلا المثال الخاص بالرجل الأمريكي من أصل آسيوي والذي يكتم انفعالاته بشدة. فهل يجب على الطبيب أن ينظر إلى المستويات المنخفضة من التعبير الانفعالي في الرجال على أنها تعد إيجابية في الثقافات الآسيوية أكثر منها في الثقافات الأوروبية الأمريكية؟ والطبيب الذي يعزو هذا السلوك سريعا إلى وجود اختلاف ثقافي قد يغفل وجود مشكلة انفعالية يحتمل أن يقوم بتشخيصها إذا كان المريض ذكرا أبيض.



لابد أن يأخذ التقييم في الحسبان الخلفية الثقافية للشخص. يشيع في بعض الثقافات اعتقاد المس بالأرواح الشريرة، وبالتالي لا يجب دوما اعتبار أن المريض الذي يؤمن بهذا الاعتقاد مصاب بالذهان.

ولكن كيف تحدث تلك التحيزات؟ يمكن للعوامل الثقافية أن تؤثر في التقييم بعدة طرق. وهناك عوامل ثقافية كثيرة مثل الاختلافات اللغوية والمعتقدات الدينية والروحانية،

الاغتراب والجبن الذي يشعر به أفراد الجماعات العرقية عندما يتم تقييمهم بواسطة أطباء ينتمون إلى الثقافة الأمريكية والأوروبية، ولكل من هذه العوامل دوره. فنجد مثلا أن الأطباء الذين يصادفهم أشخاص يدعون أن الأرواح تحيطهم من كل مكان يمكن أن يبدو هذا المعتقد لهم علامة على الفصام. إلا أنه في ثقافة بورتريكو Puerto Rican مثلا نجد أن هذا معتقد شائع، ولهذا إذا كان هناك فرد من بورتريكو يعتقد أنه محاط بالأرواح فلا يجب على أكثر الاحتمالات تشخيص هذا المعتقد على أنه علامة من علامات الفصام Rogler & Hollingshead, 1995 .

يجب دراسة الاختلافات العرقية في الاضطرابات السلوكية والنفسية دراسة أكثر دقة. لكننا نجد للأسف أن التحيزات الثقافية والعرقية التي يمكن أن تتسرب إلى عملية التقييم السريري لا تستجيب بالضرورة لمحاولات التعويض عنها. وليس لدينا إجابة مبسطة. إن إدراج العوامل الثقافية في المناقشة الخاصة بكل فئة من فئات الاضطرابات في الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس يمكن أن يزيد من قدرة الأطباء على اكتشاف تلك الاختلافات الثقافية والعرقية، وهي خطوة أولى ضرورية. وعندما أجريت دراسة مسحية لاستقصاء آراء الممارسين أكدوا على نحو حاسم أنهم يأخذون الثقافة في الحسبان أثناء عملهم السريري Lopez, 1994 ، وهكذا يتضح أن هناك تركيزا على المشكلة وإن لم يكن على الحل.

أساليب لتجنب التحيز الثقافي في التقييم Strategies for Avoiding Cultural Bias in Assessment

يمكن للأطباء - بل ويقومون بذلك بالفعل - استخدام طرق متنوعة لتقليل الآثار السلبية لمظاهر التحيز الثقافي إلى أقصى حد عند تقييم المرضى. ولعل أفضل ما نبدأ به هو برامج تدريب الخريجين. لقد أشار "لوبيز" Lopez 2002 إلى ثلاثة موضوعات مهمة يجب تدريسها للخريجين في البرامج التدريبية الخاصة بعلم النفس السريري. أولا: لابد أن يعلم الطلاب الأمور الأساسية في التقييم مثل الثبات والصدق. ثانيا: لابد من إعطاء الطلاب معلومات حول الطرق المحددة التي يمكن من خلالها للثقافة والعرقية التأثير في التقييم، بدلا من إعطائهم الصور النمطية أكثر شمولا لثقافة أو مجموعة عرقية معينة. ثالثا: لابد أن يتعلم الطلاب أن الثقافة أو العرقية قد لا تؤثر في التقييم في كل حالة فردية.

يمكن أيضا تعديل طرق التقييم لضمان أن الفرد يفهم حقا متطلبات تلك المهمة. ولنفترض مثلا أن أحد الأطفال من أصل أمريكي حصل على درجات سيئة في اختبار يقيس السرعة الحركية النفسية psychomotor speed، فيكون حدس الطبيب هو أن الطفل

لم يدرك أهمية السرعة في إنجاز المهمة، وكان مهتما أكثر من اللازم بالدقة بدلا من السرعة. ويمكن إعادة الاختبار مرة ثانية بعد شرح واف للطفل حول أهمية السرعة دون القلق حول الدقة. فإذا تحسنت درجات الطفل في الاختبار يكون الطبيب قد اكتسب مفهوما مهمًا حول أسلوب الطفل في حل الاختبار، وبالتالي يتجنب تشخيص الطفل على أنه يعاني نقصا في السرعة الحركية النفسية.

وفي النهاية إذا كان لكل من الطبيب القائم بالفحص والمريض خلفيات عرقية مختلفة فقد يحتاج الطبيب إلى بذل جهد إضافي للتودد إلى المريض، مما يؤدي إلى الأداء الأمثل لهذا المريض. فمثلا عند اختبار طفل من أصلي لاتيني في سن ما قبل المدرسة، ويعاني الخجل لم يتمكن أحد الباحثين من الحصول على إجابات لفظية لأسئلة الاختبار من الطفل. إلا أن الباحثين سمعوا بعد ذلك الطفل وهو يتحدث إلى والدته بحيوية ووضوح في حجرة الانتظار، مما أدى بالباحثين إلى الحكم على نتائج الاختبار بأنها لا تمثل تقييما صادقا للمهارات اللغوية عند الطفل. وعندما أعيد الاختبار في منزل الطفل في حضور والدته لاحظ الباحثون أن الطفل يتمتع بقدرات لفظية متقدمة.



يمكن أن تؤدي الاختلافات الثقافية إلى نتائج مختلفة في اختبار الاستعداد أو اختبار حاصل الذكاء. فالأطفال من أصل أمريكي مثلا يمكن تنفرهم الطبيعة الفردية والتنافسية التي تميز اختبارات حاصل الذكاء بسبب قيم التعاون وحب الجماعة التي غرستها ثقافتهم بداخلهم.

إلا أن "لوبيز" 1994 يشير إلى أن "البعد بين الاستجابة الثقافية والصورة النمطية الثقافية يمكن أن يكون قصيرا" ص 123 . ولتقليل تلك المشكلات إلى أقصى حد يوصَى الأطباء السريريون بعدم الخروج باستنتاجات نهائية حول المرضى الذين ينتمون إلى خلفيات ثقافية وعرقية مختلفة. فيجب بدلا من ذلك وضع فرضيات حول تأثير الثقافة على مريض معين، والأخذ في الاعتبار فرضيات بديلة، ثم اختبار تلك الفرضيات جميعها.

وفي إحدى الحالات التي حصلنا عليها من الملفات الخاصة بنا كان هناك شاب يشتبه في إصابته بالفصام. وكان أحد الأعراض التي رواها لنا هو سماع أصوات. إلا أنه

ادعى عدم سماع الأصوات إلا عند الاستغراق في التأمل، وأن ذلك يعد طبيعيا في ثقافته البوذية. ولكي يقوم الطبيب بالتحقق من صحة تلك الفرضية قام بالاتصال بالمرشد الديني للعائلة بعد استئذان المريض. فأشار الكاهن البوذي إلى أن هذا العرض الذي تحدث عنه الشاب عرض غير معتاد على الإطلاق، واتضح بعد ذلك أن الجماعة الدينية التي ينتمي إليها الشاب كانوا يشعرون بقلق شديد حيال السلوكيات شديدة الغرابة لهذا الشاب. وبالتالي تم تفنيد الفرضية التي تقول بأن العرض الذي يعانيه الشاب يجب إرجاعه إلى عوامل ثقافية، وتجنب الأطباء الوقوع في خطأ عدم تشخيص الاضطراب النفسي.

الملخص :

عند جمع تشخيص وتقييم المعلومات، يجب على الأطباء والباحثين التركيز على كل من الصدق والثبات. فالثبات يشير إلى ما إذا كانت القياسات قابلة للاتساق والتكرار، بينما الصدق يشير إلى ما إذا كانت التقييمات تطابق ما وضعت لقياسه. وتختلف إجراءات التقييم اختلافًا كبيرًا في صدقها وثباتها. وتتسم الفئات التشخيصية بأنها الأكثر ثباتًا من غيرها.

التشخيص:

- التشخيص هو عملية تقييم ما إذا كان الفرد ينطبق عليه المعايير الخاصة بالاضطراب العقلي. وجود نظام للتشخيص متفق عليه يسمح للأطباء بالتواصل بشكل فعال مع بعضهم البعض، ويسهل عملية البحث في الأسباب والعلاجات، ويوفر تشخيصًا إكلينكيًا لوضع خطة علاجية.
- نشر الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية DSM من قبل الرابطة الأمريكية للطب النفسي، هو نظام تشخيصي مستخدم على نطاق واسع من قبل المتخصصين في الصحة العقلية. وقد نشرت الطبعة الأخيرة منه - وهي الطبعة الخامسة - سنة 2013.
- يناقش بعض النقاد ضد التشخيص بشكل عام. ويشيرون إلى أن التصنيفات التشخيصية قد تتجاهل معلومات مهمة. وبالرغم من القلق الشديد تجاه التشخيصات التي تزيد من الوصمة، إلا أن هناك بعض البيانات التي تؤكد انخفاض الوصمة عند طرح تفسير للسلوك المضطرب.

التقييم:

- يعتمد الإكلينيكيون على عدة طرق نفسية وعصبية حيوية عند التقييم كمحاولة لمعرفة أفضل السبل لوصف الفرد، وبحث عن الأسباب وشعور الشخص، والتوصل

إلى التشخيص الدقيق، وتصميم علاجات فعالة. وينطوي أفضل التقييمات على أنواع متعددة من الأساليب.

- تشمل التقييمات النفسية كلا من المقابلات السريرية، وقياس المشقة، والاختبارات النفسية، والقياسات السلوكية والمعرفية.
- تؤدي العوامل الثقافية والعرقية دورا في التقييم السريري. كما تتطور أساليب التقييم المقدمة بناءً على الخلفيات العرقية أو الثقافية. على سبيل المثال، قد يحدث للأطباء تحيزات عرقية عند تقييم المرضى من الأقليات، ومن ثم فاستخدام الأساليب المختلفة يقي الأطباء من الآثار السلبية للتحيزات الثقافية عند التقييم.

4

الفصل الرابع
مناهج البحث في علم النفس المرضي

الفصل الرابع

مناهج البحث في علم النفس المرضي

ترجمة

د/ ملك جاسم الرشيد

الأهداف التعليمية ... أن تكون قادرًا على:

1- تعريف العلم والمنهج العلمي.
2- وصف ميزات وعيوب دراسات الحالة، والتصميمات الارتباطية، والتصميمات التجريبية.
3- تحديد الأنواع الشائعة من التصميمات الارتباطية والتجريبية.
4- تفسير المعايير والموضوعات المتصلة بالبحث في ناتج العلاج النفسي.
5- القدرة على وصف الخطوات الأساسية في إجراء ما وراء التحليل meta-analysis.

لقد تحسنت كثيرا قدرتنا على تصور وعلاج المرض النفسي على مدى الخمسين سنة الماضية. إلا أنه لا تزال هناك أسئلة مهمة لم تجد الإجابة بعد حول أسباب وطرق علاج هذه الاضطرابات. والسبب تحديدا هو أن الحقائق الخاصة بالاضطرابات النفسية لا تزال تتكشف مما يجعل من الأهمية بمكان القيام باكتشافات جديدة باستخدام مناهج البحث العلمي. ويناقش هذا الفصل المناهج المطبقة في مجال أبحاث علم النفس المرضي.

العلم والمناهج العلمية:

تأتي كلمة Science العلم من الكلمة اللاتينية Scire يَعْلَم . والعلم في جوهره هو منهج للمعرفة. وعلى نحو أكثر تخصصا، العلم هو السعي المنظم وراء المعرفة من خلال الملاحظة. والعلم يتمثل في تكوين نظرية ما ثم جمع المعلومات بطرق منظمة من أجل اختبار تلك النظرية.

والنظرية Theory عبارة عن مجموعة من القضايا تهدف إلى شرح فئة معينة من الملاحظات. وعادة ما يكون هدف النظريات العلمية هو فهم علاقات السببية. وتسمح النظرية بوضع المزيد من الفرضيات hypotheses، وهي عبارة عن توقعات عما سيحدث إذا صحت النظرية. فنجد مثلا أنه إذا كانت نظرية التشريط التقليدي traditional-conditioning theory صادقة فإن احتمال أن يكون المصابون بالرهاب قد تعرضوا لخبرات صادمة في المواقف التي يخافونها - مثل الطيران مثلا - يكون أكثر منه في حالة غيرهم من الناس. ويمكنك من خلال جمع تلك المعلومات اختبار الفرضية الذي وضعته.

يفترض الناس في بعض الأحيان أن العالم يضع النظرية فقط من خلال دراسة البيانات التي تم جمعها مسبقا ثم الجزم - بأسلوب مباشر إلى حد ما - بأن هناك منهجاً واحداً من طرق تناول البيانات هو الأكثر نفعا. وعلى الرغم من أن البعض يتبع هذا الأسلوب في بناء النظريات فإن ذلك لا يحدث مع الجميع. إن بناء النظريات كثيرا ما يعتمد على الإبداع، فنجد أنه في بعض الأحيان تبدو النظريات وكأنها ظهرت فجأة في عقل العلماء أثناء إحدى لحظات التبصر الرائعة. فتظهر أفكار جديدة على حين غرة في عقل العالم، ويبدأ في فهم بعض العلاقات التي كان يُغفلها من قبل. ويمكن أن تصبح الملاحظات التي كانت غامضة من قبل منطقية بمنهج ما في إطار النظرية الجديدة.

ما النظرية الجيدة؟ يتطلب المنهج العلمي التعبير عن الأفكار بوضوح وبدقة. وهذا مطلب ضروري حتى يمكن وضع الادعاءات العلمية في اختبارات منظمة يمكن أن تنفي افتراضات العالم. أي أنه بغض النظر عن مدى معقولية نظرية ما فلابد أن تكون هذه النظرية عرضة للدحض. فالعلم يتقدم من خلال دحض النظريات وليس "إثباتها" أبدا. ولهذا السبب لا يكفي التأكيد على أن الخبرات الصادمة في الطفولة تتسبب في عدم التوافق maladjustment عند البلوغ. فهذا مجرد احتمال. فنجد وفقا لوجهة النظر العلمية أن الفرضية لابد أن تقبل الاختبار المنظم الذي يمكن أن يثبت خطأها. أي أن عملية الاختبار تركز على الدحض وليس الإثبات.

ويجب وضع مبادئ أساسية لاختبار النظرية. إذ من الضروري أن تكون كل ملاحظة علمية قابلة للتكرار. كذلك يجب أن تكون كل جوانب الدراسة محددة بدقة حتى يمكن التأكد من النتائج. ويعتمد ذلك بشكل كبير على استخدام طرق تقييم تتمتع بدرجة بالثبات والصدق كما ناقشناها في الفصل الثالث. والباحثون في مجال الاضطرابات السلوكية والنفسية يكون عليهم الاختيار من بين مجموعة من الأنواع المختلفة من التصميمات البحثية إضافة إلى اختيار المقاييس بعناية. وفيما يلي نتناول نقاط الضعف ونقاط القوة التي تميز أكثر الأنواع شيوعا من مناهج البحث.

وتجدر الإشارة في البداية إلى أن العديد من الجوانب البحثية تنطوي على القضايا الأخلاقية. فعلى سبيل المثال، يجب على الباحثين النظر فيما إذا كان المشاركون في البحث على معرفة مسبقة بذلك، أم أن هناك أي إكراه للمشاركة في الدراسة، والآثار المترتبة على المدى الطويل من النتائج. وتغطي القضايا الأخلاقية في إجراء البحوث في الفصل 17.

المناهج البحثية في علم النفس المرضي :

في هذا الجزء سنقوم بمناقشة أشهر مناهج البحث المستخدمة في دراسة السلوك غير السوي: دراسة الحالة Case study، والمناهج الارتباطية correlation methods،

والمناهج التجريبية experimental methods. وسوف نصف بعض الطرق هذه المناهج البحثية المستخدمة في دراسات علم النفس المرضي. وجدول 4-1 يوضح ملخصا لنقاط القوة ونقاط الضعف لكل منهج على حدة.

جدول 4-1 : الطرق البحثية في علم النفس المرضي

المنهج	الوصف	التقييم
- دراسة الحالة Case Study	- تجميع معلومات شخصية مفصلة عن المريض	- تعد مصدرا رائعا للفرضيات. - يمكن أن تمدنا بمعلومات حول الحالات أو الطرق الجديدة. - يمكن أن تنفي وجود علاقة كان يعتقد أنها علاقة عامة. - لا يمكن أن تقدم لنا دليلا سببيا لأنها لا تستبعد الفرضيات البديلة. - قد يشوبها التحيز بسبب التوجه النظري لمن يقوم بالملاحظة.
- الارتباط Correlation	- دراسة العلاقة بين متغيرين أو أكثر، وتقاس العلاقة بينهما على الحال التى يتواجدان عليها في الطبيعة.	- نستخدم هذا المنهج على نطاق واسع لأننا لا يمكننا في كثير من الأحيان التحكم في عوامل الاستهداف مثل الشخصية، الصدمة، الجينات أو التشخيص في أبحاث علم النفس المرضي. - كثيرا ما يستخدم علماء الوبائيات منهج الارتباط لدراسة معدل الإصابة والانتشار، وكذلك عوامل الاستهداف للاضطرابات التي تظهر في عينة ممثلة للمجتمع. - تستخدم عادة في الأبحاث الجينية للسلوك لدراسة قابلية التوريث للاضطرابات النفسية المختلفة. - لا يمكن أن تحدد العلاقة السببية بسبب مشكلات تتعلق بالاتجاه ومشكلات المتغير الثالث.

التقييم	الوصف	المنهج
- هي منهج أكثر تحديدًا في العلاقات السببية. - تستخدم كثيرا في الدراسات الخاصة بالعلاج. - تستخدم أيضًا في الدراسات التناظرية analogue studies التي تجرى على عوامل الاستهداف الخاصة بالأمراض النفسية. - وتشيع أيضا التصميمات التجريبية لدراسة الحالة واحدة، إلا أن صدقها الخارجي محدود.	- تشتمل على متغير مستقل يتم معالجته، ومتغير تابع، ويفضل وجود مجموعة ضابطة واحدة على الأقل، ويتم فيها توزيع الأفراد على المجموعات عشوائيا.	- التجربة Experiment

دراسة الحالة Case Study

تتضمن دراسة الحالة - التي تعد على الأرجح أكثر المناهج اعتيادا في ملاحظة السلوك البشري - تسجيل معلومات مفصلة عن شخص واحد في كل مرة. والحالات السريرية التي نقدمها في نهاية الفصل الأخير هي أمثلة على دراسات حالات. ودراسة الحالة الشاملة لابد أن تشمل: تاريخ العائلة وخلفيتها، والتاريخ المرضي، والتعليمي، والجانب الوظيفي، والتاريخ الزواجي، والتوافق الاجتماعي، والشخصية، والبيئة، والخبرات في العلاج على مدى حياة الفرد.

تفتقد دراسات الحالة نقص الضبط والموضوعية مقارنة بالمناهج البحثية. وذلك قد يرجع لنقص مصداقية المعلومات المجمعة عند دراسة الحالة في بعض الأحيان. كما أن دراسات الحالة ينقصها الموضوعية وذلك لأن وجهة نظر المعالجين قد تشكل أنواع المعلومات التي وردت عن الحالة. لنأخذ مثالا واحدا، دراسات الحالة من قبل المعالجين المحللين النفسيين عادة تحتوي على مزيد من المعلومات حول الطفولة المبكرة وصراعات المريض مع الوالدين أكثر من تقارير المعالجين السلوكيين.

وبالرغم من أن دراسات الحالة تفتقر نسبيا إلى الضبط، إلا أنها لا تزال تؤدي دورا مهمًا في دراسة السلوكيات غير السوية. ويمكن على وجه التحديد استخدام دراسة الحالة في:

1- تقديم وصف مفصل لإحدى الظواهر السريرية.
2- دحض الفرضيات التي توصف بكونها عامة.

3- وضع فرضيات يمكن اختبار صحتها من خلال البحث المحكم.

وسوف نناقش كلا من تلك الاستخدامات بعد ذلك مباشرة.

دراسة الحالة باعتبارها وصفا غنيا بالتفاصيل: تركز دراسة الحالة على شخص واحد، ولهذا يمكن أن تحتوي على تفاصيل أكثر بكثير مما تحتوي عليه عادة المناهج البحثية الأخرى. ويكون ذلك مفيدا جم الفائدة عندما يتناول التقرير ظاهرة سريرية نادرة. وعادة ما تستخدم دراسة الحالة أيضا في إعطاء وصف مفصل عن كيفية تأثير العلاجات الجديدة. وركز على الاكتشاف 4-1 كمثال لمستوى التفاصيل المجمعة بدراسة الحالة.

تستطيع دراسة الحالة دحض الفرضيات وليس إثبات صحتها: فيمكن أن يعطينا التاريخ المرضي للحالة أمثلة تناقض علاقة عامة مفترضة، ولتأخذ على سبيل المثال الفرضية التي تقول بأن نوبات الاكتئاب تكون تالية دوما للمشقة الحياتية. فإن إيجاد حالة واحدة فقط من حالات الاكتئاب غير المرتبط بالمشقة النفسية يفند تلك النظرية.

وبالرغم من أن دراسات الحالة يمكن أن تفند إحدى الفرضيات، فإنها لا تمدنا بأدلة وافية تؤيد نظرية معينة لأنها لا تقوم باستبعاد الفرضيات البديلة. وهناك مثال يوضح تلك المشكلة: لنفترض أن أحد الأطباء السريريين ابتكر علاجا جديدا للاكتئاب، وقام بتجربته على أحد المترددين على عيادته، واكتشف أن المريض شفي من الاكتئاب بعد عشرة أسابيع من العلاج، فمع أننا نميل إلى القول بأن هذا العلاج مؤثر، لا يمكننا الوصول إلى ذلك الاستنتاج منطقيا لأنه يمكن أن تكون هناك عوامل أخرى هي التي أحدثت التغيير، فقد يكون هناك أحد المواقف التي تسبب المشقة النفسية للمريض، وقد انتهى ذلك الموقف، أو أن الاكتئاب الذي يعانيه المريض ذو مدة زمنية محدودة بطبيعته وهذه هى الحال مع معظم حالات الاكتئاب . وبالتالي يمكن أن يكون هناك عدد من الفرضيات المتعارضة التي تفسر التحسن السريري الذي طرأ على المريض. والمعطيات التي نحصل عليها من خلال دراسة الحالة لا تسمح لنا بتحديد السبب الحقيقي للتغيير.

استخدام دراسة الحالة لوضع الفرضيات: بالرغم من أن دراسة الحالة قد لا تؤيد الفرضيات تأييدا صادقا، فإنها تساعد في وضع الفرضيات. فقد يلاحظ الأطباء السريريون أثناء سماعهم للمعلومات التي يقدمها المرضى عن حياتهم أنماطا معينة ثم يقومون بوضع فرضيات لم يكن ليضعوها بغير ذلك. فنجد على سبيل المثال أن "كانر" Kanner 1943 لاحظ أثناء قيامه بعمله السريري أن بعض الأطفال المضطربين نفسيا ظهر عليهم مجموعات متشابهة من الأعراض تتضمن عدم القدرة على تنمية المهارات اللغوية والعزلة الشديدة عن الناس. وهكذا وضع "كانر" تشخيصا جديدا وهو الذاتوية التوحد الطفولي Infantile Autism، وقامت الأبحاث التي أجريت بعد ذلك على نطاق واسع

بإثبات صحة هذا التشخيص وتم إدراجه في دليل التشخيصي والإحصائي DSM انظر الفصل 13 .

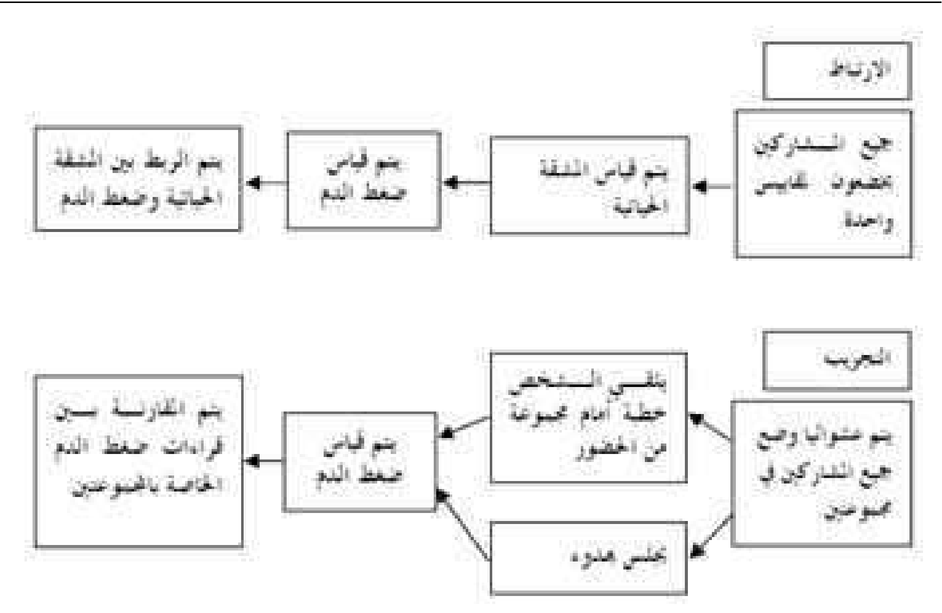
المنهج الارتباطي Correlational Method:

يعتمد عدد كبير من الأبحاث الخاصة بعلم النفس المرضي على منهج الارتباط. ودراسات الارتباط تجيب على أسئلة مثل : "هل المتغير س والمتغير ص يتغيران سويا أي يرتبطان ببعضهما البعض ؟ وتقاس المتغيرات المختلفة في الأبحاث الخاصة بالارتباط كما هي في الطبيعة. ويختلف ذلك عن البحوث التجريبية، والتي يقوم خلالها الباحث بمعالجة المتغيرات.

ولكي نوضح الفرق بين الطريقتين افترض أن الدور الذي تلعبه المشقة في الارتفاع المفرط لضغط الدم يمكن تقييمه باستخدام أي من طريقتي الارتباط أو التجريب. فعند القيام بدراسة ارتباطية يمكن أن نقيس مستويات المشقة من خلال عمل مقابلات شخصية تتناول أفرادًا تعرضوا لمواقف أصابتهم بالمشقة، ثم نقوم بعد ذلك بالربط بين مستويات المشقة وقياسات ضغط الدم الخاصة بنفس هؤلاء الأفراد. أما في الدراسة التجريبية فيمكن للباحث أن يُحدث المشقة معمليا، فمثلا أن يطلب من بعض المشاركين في الدراسة إلقاء خطبة لمجموعة من الحضور حول ذلك الجانب من مظهرهم الشخصي الذي يجدونه أقل جاذبية انظر شكل 4-1 . والفارق الرئيس بين هاتين الطريقتين يتمثل في حدوث المعالجة بأحد المتغيرات من عدمه. ويعتمد أخصائي علم الأمراض النفسية على طرق الارتباط عندما تكون هناك أسباب أخلاقية تحول دون المعالجة بأحد المتغيرات، فنجد مثلا أن الباحث لن يحاول أبدا المعالجة بالجينات أو الصدمات أو الاختلالات البيولوجية العصبية.



بالرغم من أن المعلومات المحققة من دراسة حالة لا تبلي بلاء حسنا باعتبارها دليل من المصدر، ألا أنه من الضروري اختبار الفرضيات



شكل 4-1: الدراسات الارتباطية في مقابل الدراسات التجريبية

يركز الاكتشاف 4-1

مثال لميزات وعيوب دراسات الحالة

الاضطراب ثنائي القطب Bipolar disorder يعرف بنوبات من الهوس Mania، وهو من أشد الاضطرابات النفسية خطورة. حيث تشخيص نوبات الهوس في ضوء السعادة الشديدة أو الغضب، جنبا إلى جنب مع زيادة الثقة، والطاقة، والثرثرة، وانخفاض السلوك موجه الهدف، والحاجة إلى النوم. وما يثير القلق أنه عندما يصاب الفرد بالهوس، فإنه لا يكون على وعي بخطورة حالته، ويكون عرضة للانخراط في السلوكيات الطائشة، مثل القيادة بسرعة كبيرة، أو إنفاق أموال ضخمة، أو تعدد الاتصالات الجنسية. وبالإضافة إلى نوبات الهوس، هناك نوبات الاكتئاب التي تأتي بعد نوبات الهوس، فهي شائعة لدى هؤلاء الاضطراب. فكل من أعراض الهوس والاكتئاب تؤثر سلبا في الوظائف، والعلاقات، وتقدير الذات.

بالرغم من أن الاعتقاد بوراثة اضطراب الثنائي القطب، إلا أن اضطراب النوم يمكن أن يؤدي إلى نوبات عارضة من اضطراب ثنائي القطب Colombo, Benedetti, Barbini, et al., 1999 . حيث لاحظ "وير" وزملاؤه 1998 أن المصابيح الكهربائية تسبب خللا في أوقات النوم الطبيعية، وأنها تمثل أهمية خاصة للأفراد ممن يعانون هذا

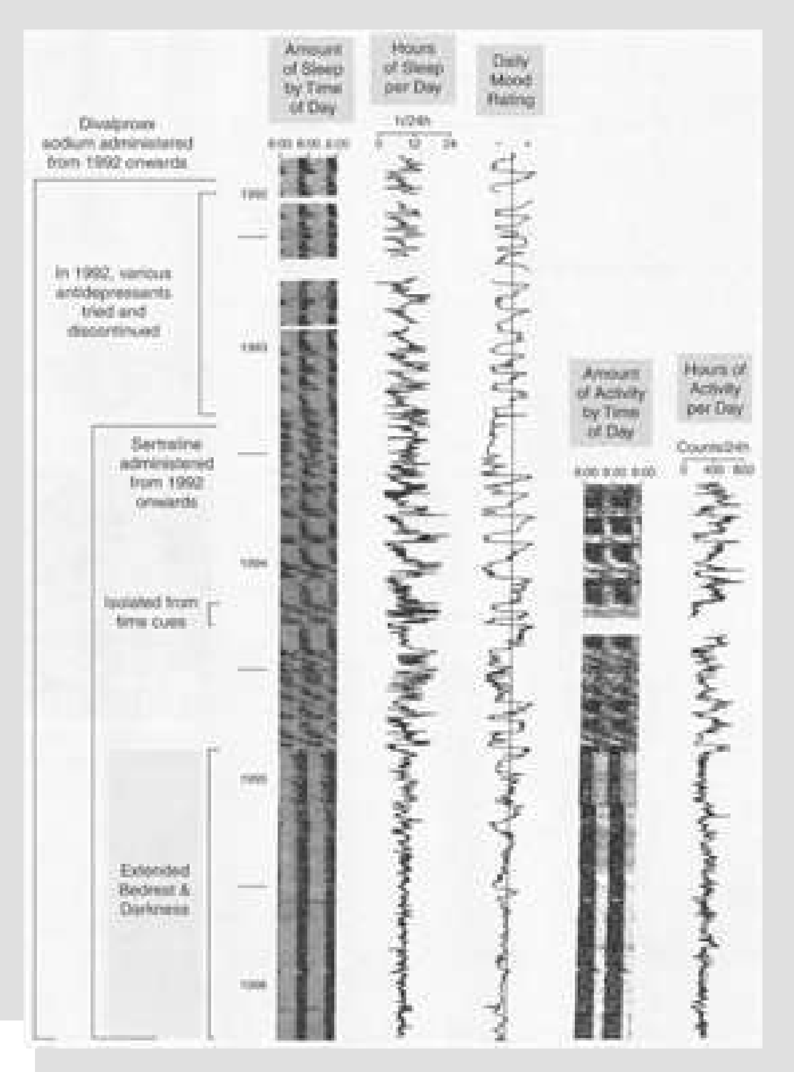
الاضطراب. ونظراً لهذا، اقترحت نظريًا أن دورة الضوء - الظلام الطبيعية التي تعكس الإيقاع الطبيعي للشمس قد تساعد في الحماية من خلل النوم، وبالتالي الحد من الأعراض في اضطراب ثنائي القطب. لاختبار تأثير دورات الضوء - الظلام الطبيعية للشمس في مسار الاضطراب الثنائي القطب، حاولت مجموعة "وير" استخدام فكرة علاج فريد من نوعه. طلبوا من الفرد المصاب باضطراب ثنائي القطب أن يزيد ساعات الراحة في السرير bed rest.

وبدأت دراسة الحالة في ذلك الوقت على رجل مريض يبلغ من العمر 51 عاما متزوج، ويعمل كبير المهندسين في شركة التكنولوجيا، وكان لديه دائما قدر كبير من الطاقة والحافز. وأفاد أن والدته لديها تاريخ من الاكتئاب. وعاني المريض نفسه الاكتئاب عام 1990 باستخدام اثنين من مضادات الاكتئاب. كما هو شائع نسبيا مع الأفراد المشخصين بالاضطراب ثنائي القطب Ghaemi & Goodwin, 2003. ومن المعروف أن مضادات الاكتئاب تثير أعراض الهوس الخفيف. وفي هذه الحالة، استمرت أعراض الاكتئاب والهوس لأكثر من سنتين، بالرغم من إضافة الأدوية المثبطة للحالة المزاجية مثل الليثيوم وديفلبرويكس. ووقف مضادات الاكتئاب، لكن بعد ذلك أصبح مكتئبًا. حتى مع تناوله لمضادات الاكتئاب الجديدة، أصيب بنوبات أعراض الهوس. فعلى مدى فترة من سنوات متعددة، قال إن أعراض الاكتئاب والهوس قد تحولت في كثير الأوقات، وقال إنه كان نشيطا بشكل مفرط، وينام 3-4 ساعات ويستيقظ حتى الفجر. بينما كان يعاني الاكتئاب، يمضي ساعات طويلة من اليوم غير نشط، ثم النوم لمدة 10 أو 12 ساعة، والاستيقاظ في وقت متأخر من صباح اليوم أو حتى خلال فترة ما بعد الظهر.

وبعد عدة سنوات من رصد أعراضه والعلاجات المختلفة من الأدوية، بدأ "وير" وزملاؤه فكرة برنامج النوم / حجرة النوم في مايو 1995. في الشهور الثلاثة الأولى، نام المريض في حجرة نوم مهيأة للأبحاث حيث التحكم بالضوء بعناية. وخلال فترة الظلام، طلب منه عدم المشاركة في أي أنشطة وتجنب استخدام الإذاعة والتلفزيون أو الهاتف. وخلال الجزء الأول من البرنامج، طلب من المريض قضاء أربع عشرة ساعة يستريح في الظلام. وخلال الأشهر التالية المقبلة، تم تخفيض فترة الظلام تدريجيا إلى 10 ساعات. وبقيت مستقرة طوال تناول الأدوية.

ويوضح شكل 4-2 عدد ساعات النوم ليلاً خلال فترة 1995، وعندما بدأ التدخل - في هذه النقطة - أصبح عدد ساعات النوم في الليلة أكثر من ذلك بكثير بشكل روتيني. وفي ذلك الوقت أيضًا، بدأت كمية النشاط اليومي تختلف وتنخفض كثيرا، كما انخفضت الأيام التي يتعرض فيها إلى الخمول الشديد أو لفرط النشاط. والأهم من ذلك، أن تقديرات حالته المزاجية بعد برنامج التدخل النوم/ حجرة النوم كانت محايدة، لا هي

اكتئاب ولا هوس. وبالتالي تبدو الزيادة في فترة الراحة على ما يبدو وسيلة فعالة لتعزيز آثار الدواء.



يوضح شكل 4-2 العلاقة بين فترة الراحة في السرير، والمزاج، ونمط النشاط لدى المرضي ممن يعالجون بزيادة فترة الراحة في السرير

وبالرغم من أن النتائج كانت مشجعة، إلا أن دراسة هـذه الحالـة تركـت الكثـير مـن الأسئلة بدون إجابة عليها. وتشمل هذه ما إذا كان العنصر الحاسم في التدخل هو الوقـت الذي يقضيه في النوم، أو الوقت الذي يقضـيه ليسـتريح، أو لمجـرد التركيـز عـلى إجـراءات

أن يكون أكثر هدوءًا. بالإضافة إلى ذلك فمن الممكن أيضا أن لا يكون السبب في تغيرات دورات النوم/ حجرة النوم خلال فترة التدخل، وأن هذه التخفيضات لا صلة لها بأعراض النوم/ اليقظة. ربما الأهم من ذلك، لا يمكن أن تكشف دراسات الحالة أبدا ما إذا كان العلاج سيفيد مرضي آخرين أم لا.

ولكن لحسن الحظ، قمنا بمد العديد من الباحثين بهذه النتائج. وحققت دراسات حالات أخرى Wirz-Justice, Quinto, Cajochen, et al., 1999 ، ودراسات أخرى غير محكمة Barbini, Benedeti, Colombo, et al., 2005 نتائج جيدة لتشجيع الأفراد ممن يعانون الاضطراب ثنائي القطب على تمديد الوقت الذي يقضيه في السرير. أيضاً حاول الباحثون مساعدة الأفراد ممن يعانون اضطرابا ثنائي القطب خلق المزيد من أنماط مستقرة من الأنشطة اليومية، جنبا إلى جنب مع تحسين إجراءات النوم ;Frank et al., 2005; Shen et al., 2008 Totterdell & Kellett, 2008 . ومن هنا ساعد تقرير الحالة في وقت مبكر لزيادة الاهتمام في ما إذا كانت العلاجات المرتكزة على النوم يمكن أن تعزز آثار الدواء في الاضطراب ثنائي القطب Frank et al., 2005; Shen et al., 2008 .

وباختصار، تقديم دراسات الحالة وسيلة لإثبات ما هو جديد ومثير للاهتمام بالعلاجات. ورغم ذلك، لا يمكن اعتماد ما إذا كان العلاج هو السبب الوحيد للتغيير، ولا يمكن التأكد من أن النتائج يمكن تطبيقها على أفراد آخرين.

ويمكن استقاء العديد من الأمثلة على الارتباط من أبحاث الصحة النفسية. فنجد مثلا أن الاكتئاب عادة ما يرتبط بالقلق، فالذين يشعرون بالاكتئاب عادة ما يشعرون بالقلق. ومن الجدير بالملاحظة أن المقارنة بين مجموعتين من الناس إحداهما يعاني أفرادها من أحد الاضطرابات والأخرى خالية منه تعد من مناهج الارتباط كذلك. انظر جدول 4-2 للاطلاع على وصف لكيفية ترقيم هذه البيانات. فيمكن مثلا المقارنة بين مجموعتين تشخيصيتين لمعرفة مدى المشقة التي تعرض لها أفرادهما قبل بداية الإصابة بالاضطرابات التي يعانونها، أي أن هناك أسئلة تطرح حول العلاقات القائمة بين أحد التشخيصات ومتغير آخر، ومن أمثلة تلك الأسئلة: "هل هناك ارتباط بين الفصام والطبقة الاجتماعية؟" أو "هل ترتبط اضطرابات القلق بمستويات النواقل العصبية؟".

في الأجزاء التالية من الكتاب سوف نناقش كيفية قياس العلاقة الارتباط بين متغيرين، وكيفية التأكد من أن تلك العلاقة ذات دلالة إحصائية وإكلينيكية، وبعض القضايا الأخرى المتعلقة بتحديد هل المتغيرات مرتبطة بعلاقة سببية أم لا. وسوف نناقش بعد ذلك مجالين محددين من المجالات البحثية يميلان إلى استخدام النماذج القائمة على منهج الارتباط: علم الوبائيات epidemiology وعلم الوراثة السلوكي molecular genetics.

قياس الارتباط: إن أول خطوة في تحديد الارتباط هي تسجيل ملاحظات عن المتغيرات موضع الدراسة في صورة ثنائيات، مثل طول ووزن كل من المشاركين على سبيل المثال، أو تسجيل معدل ذكاء الأمهات وبناتهن مثلا. وبمجرد الحصول على تلك الثنائيات من القياسات يمكن حساب مدى قوة العلاقة بين مجموعتي الملاحظات من أجل حساب معامل الارتباط الذي يشار إليه بالرمز Υ ، وهذا المعامل يمكن أن يأخذ أي قيمة بين -1.0 و+1.0، ويقيس كلا من مقدار واتجاه العلاقة. وكلما ارتفعت القيمة المطلقة لمعامل الارتباط Υ زادت قوة العلاقة بين المتغيرين، أي أنه عندما يأخذ Υ القيمة +1.0 أو -1.0 ، فإن ذلك يشير إلى أن العلاقة بين المتغيرين هي الأقوى والأكثر كمالا، لكنه عندما يأخذ القيمة 0.00 فإن ذلك يعني أنه لا يوجد ارتباط بين المتغيرين، وإذا كانت علامة Υ موجبة يقال إن العلاقة بين المتغيرين إيجابية، أي انه عند زيادة قيم المتغير س عادة ما تزداد قيم المتغير ص كذلك. وجدول 4-3 يوضح البيانات الخاصة بمعامل ارتباط يبلغ +0.88 بين الارتفاع والوزن، مما يشير إلى وجود علاقة إيجابية في منتهى القوة بينهما، فكلما زاد الطول ازداد الوزن كذلك. والعكس صحيح، فعندما تكون علامة Υ سالبة يقال إن العلاقة سلبية بين المتغيرين، فكلما ازدادت الدرجات الخاصة بأحد المتغيرين عادة ما تقل الدرجات الخاصة بالمتغير الآخر، فنجد مثلا أن عدد الساعات التي يقضيها الفرد في مشاهدة التلفاز يرتبط سلبيا بالمعدل التراكمي grade point average.

جدول 4-2: بيانات احد دراسات الارتباط الخاصة بأحد التشخيصات

عدد المشاركين	التشخيص	درجات المشقة النفسية
1	1	65
2	1	72
3	0	40
4	1	86
5	0	72
6	0	21
7	1	65
8	0	40
9	1	37
10	0	28

ملحوظة: التشخيص هنا يتمثل في الإصابة باضطراب القلق من عدمه، بحيث يشار إلى الإصابة بالرقم 1 وعدم الإصابة بالرقم صفر. ويرتبط التشخيص بتقييم ما تعرض له الفرد مؤخرا من ضغوط نفسية في الحياة على مقياس يتدرج من 0 إلى 100. وتشير الدرجات الكبيرة إلى مشقة اكبر تعرض لها الفرد مؤخرا. والأمر بجلاء هو أننا نقدم هنا مجموعة من الحالات اقل من التي تستخدم عادة في احد الدراسات البحثية في الواقع. لاحظ أن التشخيص يرتبط بآخر المشقة النفسية الحياتية. وعادة ما تكون الدرجات الخاصة بالمشقة النفسية التي يحصل عليها المصابون باضطراب القلق اعلي من تلك التي يحصل عليها غير المصابين به. ونجد في هذا المثال أن معامل الارتباط بين الدرجات الخاصة بالمشقة الحياتية والقلق يساوي +0.60.

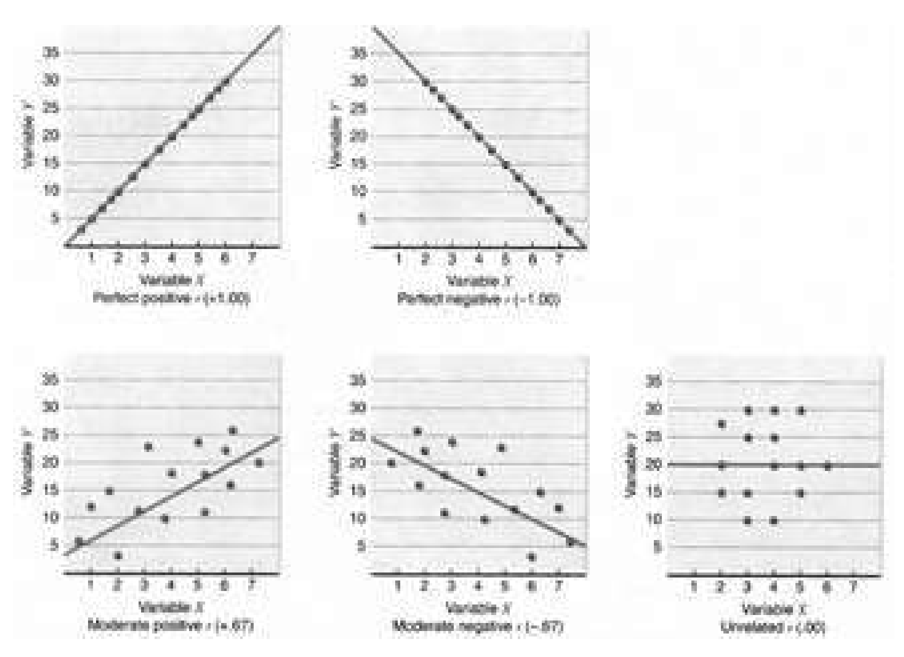
وإحدى الطرق التي تساعد في تصور مدى قوة الارتباط هي عمل رسم بياني للمتغيرين، ففي شكل 4-3 نجد أن كل نقطة تمثل الدرجات التي حصل عليها الفرد فيما يتعلق بالمتغير س والمتغير ص . ونجد في حالة الارتباط التام أن جميع النقاط تقع على خط مستقيم، فإذا علمنا قيمة متغير واحد فقط عند أحد الأفراد يمكننا معرفة قيمة المتغير الثاني. وبالمثل عندما تكون قيمة معامل الارتباط كبيرة إلى حد ما تكون درجة تشتت النقاط حول خط الارتباط التام قليلة، وكلما قلت قيمة معامل الارتباط يتزايد تشتت القيم بعيدا عن ذلك الخط، وعندما تصل قيمة معامل الارتباط إلى 0.00 لا يمكننا معرفة الدرجات التي حصل عليها الفرد بالنسبة لأحد المتغيرات من خلال معرفة الدرجات التي حصل عليها بالنسبة للمتغير الآخر.

جدول 4-3 : بيانات تحديد الارتباط

العينة	الطول	الوزن بالرطل
جون	"10′5	170
آشر	"10′5	140
ايف	"4′5	112
جيل	"3′5	105
جيري	"10′5	177
جيلا	"2′5	100
ستيف	"8′5	145
مارجي	"5′5	128
جيرت	"6′5	143
سين	"10′5	140
كاثلين	"4′5	116

ملحوظة/ بالنسبة لهذه القيم يمثل معامل الارتباط
ϒ بين الطول والوزن = +0.88

الدلالة الإحصائية والإكلينيكية Statistical and Clinical Significance: لقد أثبتنا حتى الآن أن قيمة معامل الارتباط تشير إلى مدى قوة العلاقة بين اثنين من المتغيرات. إلا أن العلماء يستخدمون الدلالة الإحصائية Statistical Significance باعتبارها اختبارا أكثر صرامة لأهمية إحدى العلاقات بين متغيرين. وتؤخذ الدلالة الإحصائية في الحسبان في حالة الكثير من الإحصائيات المختلفة، إلا أننا نركز هنا على معاملات الارتباط . والارتباط ذو الدلالة الإحصائية هو ذلك الارتباط الذي لا يحتمل أن يكون قد حدث بمحض الصدفة عشوائيا ، أما الارتباط الذي ليس له دلالة إحصائية فهو ذلك الارتباط الذي يحتمل أن يكون قد حدث بالصدفة، وبالتالي فهو لا يعد دليلا على وجود علاقة مهمة بين المتغيرين.



شكل 4-3 رسوم بيانية للتشتت تظهر درجات مختلفة من الارتباط

وعادة ما تُعد النتيجة الإحصائية ذات دلالة إذا كان احتمال ظهورها عشوائيا يصل إلى خمسة أجزاء من المائة أو أقل، ويدعى هذا المستوى من الدلالة الإحصائية عند مستوى 0.05 ، وتشيع كتابته بالصيغة التالية: $p < 0.05$ وحرف p يمثل كلمة Probability وتعني "احتمال" . وبصفة عامة، كلما زادت القيمة المطلقة لمعامل الارتباط يزيد احتمال أن تكون النتيجة ذات دلالة إحصائية، فنجد مثلا أن الارتباط الذي يبلغ معامله 0.80 يزيد احتمال دلالته الإحصائية عن الارتباط الذي يبلغ معامله 0.40.

والدلالة الإحصائية لا تتأثر فقط بحجم العلاقة بين المتغيرات وإنما تتأثر أيضا بعدد المشاركين في الدراسة، فكلما زاد عدد الأفراد الخاضعين للدراسة قل حجم الارتباط اللازم لجعله ذا دلالة إحصائية، فنجد مثلا أن الارتباط $r=0.30$ يكون ذا دلالة إحصائية عندما يكون عدد المشاهدات كبيرا 300 مشاهدة مثلا ، لكنه لا يكون ذا دلالة إحصائية إذا كان عدد المشاهدات يبلغ 20 مشاهدة فقط. وبالتالي إذا أجريت دراسة تتناول استهلاك المشروبات الكحولية عند عشرة رجال مصابين بالاكتئاب وعشرة غير مصابين به، وثبت أن قيمة معامل الارتباط بين الاكتئاب وتناول الكحوليات تبلغ 0.32 لا يكون ذلك

الارتباط ذا دلالة إحصائية، أما إذا أجريت الدراسة على مجموعتين تتكون كل منهما من 150 رجلا يكون نفس الارتباط ذا دلالة إحصائية.

ونجد مثلا أنه في الدراسة المسحية التي تقوم بإدارة التعداد والسكان في الولايات المتحدة الأمريكية تكون جميع الارتباطات التي يمكن تصورها ذات دلالة إحصائية. ولهذا نجد أن الباحثين يهتمون أيضا بمسالة أخرى وهي: هل الارتباط كبير بما يكفي لكي يكون ذا دلالة إكلينيكية Clinical Significance؟ فقد نرغب مثلا في التحقق من أن العلاقة بين أحد عوامل الاستهداف وشدة الأعراض علاقة متوسطة القوة. وتؤخذ الدلالة الإكلينيكية في الحسبان كذلك في إحصائيات أخرى إضافة إلى حالات الارتباط. فلكي يصنف الباحث أحد التأثيرات العلاجية على أنه ذو دلالة إكلينيكية قد يود التحقق من أن الأعراض قلت بنسبة 50% في حالة العلاج النشط أو أن المرضى في نهاية عملية العلاج قد أصبحوا مثل غير المصابين بالاضطراب، أي أن الباحث يجب أن يُقَيِّم تأثير العلاج ويعرف هل له دلالة إحصائية أم لا، لكنه أيضا يجب أن يعرف هل ذلك التأثير العلاجي كبير بما يكفي ليكون ذا جدوى في التنبؤ بأحد الاضطرابات السريرية أو علاجها Jacobson, Roberts, Berns, et al., 1999 .

مشكلات السببية Causality Problem: بالرغم من أن منهج الارتباط يستخدم على نطاق واسع فإنه لا يخلو من عيب خطير، وهو أنه لا يسمح بتحديد علاقات السببية، فنجد مثلا أن وجود ارتباط كبير بين متغيرين يعني فقط أنهما يرتبطان ببعضهما البعض، إلا أننا لا نعرف مِن ذلك مَن مِن المتغيرين يسبب الآخر. فنجد مثلا أن الباحثين اكتشفوا وجود ارتباط بين تشخيص الفصام والطبقة الاجتماعية، فتشخيص الفصام يزيد كثيرا عند الأفراد الذين ينتمون إلى الطبقات الاجتماعية الدنيا عنه عند الأفراد الذين ينتمون إلى الطبقات الاجتماعية المتوسطة والراقية. ومن بين التفسيرات المحتملة أن الضغوط النفسية الناتجة عن العيش في طبقة اجتماعية منخفضة تتسبب في زيادة معدل انتشار الفصام. إلا أن هناك فرضية أخرى تحظى بالتأييد، وهي تقول بأن السبب في ذلك قد يرجع إلى أن السلوكيات المضطربة التي تميز مرضى الفصام تؤثر تأثيرا سلبيا على أدائهم المهني وبالتالي يصبحون فقراء.

أيضا لا تخلو معظم الخطط البحثية من مشكلة تسمى أحيانا مشكلة الاتجاه Directionality Problem، ومن هنا يأتي القول المأثور الذي يتكرر كثيرا: "الارتباط لا يدل على السببية". وتستند إحدى الطرق المستخدمة في التغلب على مشكلة الاتجاه إلى الفكرة التي تقول بأن الأسباب لابد أن تسبق النتائج، فنجد أن التصميم الطولي Design Longitudinal يعد اختبارا يوضح هل الأسباب كانت موجودة قبل الإصابة بأحد الاضطرابات أم لا. ويقابل ذلك تصميم القطاع العرضي Cross-Sectional Design التي

يتم فيها تقييم الأسباب والنتائج خلال نفس الفترة الزمنية. فنجد أن التصميم الطولي التقليدي الخاص بدراسة الإصابة بالفصام، على سبيل المثال، يتم فيه اختيار عينة كبيرة من الأطفال الرضع، وقياس المتغيرات التي تمثل خطورة قياسا متكررا خلال فترة النمو، ومتابعة تلك العينة على مدى 45 عاما لتحديد من سيصاب بالفصام. إلا أن هذا التصميم سيكون مكلفا إلى حد بعيد، حيث إنه لا يصاب بالفصام في نهاية الأمر سوى شخص واحد تقريبا من بين كل مائة شخص. ومن المؤكد أن تلك الدراسة الطولية البسيطة لن تمدنا إلا بالقليل من المعطيات.

إن تصميم الاستهداف المرتفع High-Risk Method يقضي على تلك المشكلة، فوفقا لهذا التصميم لا يتم إجراء الدراسة إلا على الأفراد الذين يتعرضون لخطر الإصابة بالفصام بنسبة أعلى من المعتاد. فهناك على سبيل المثال بعض البرامج البحثية الحالية التي تقوم بدراسة الأفراد الذين تم تشخيص الفصام عند أحد والديهم فعندما يكون أحد الوالدين مصابا بالفصام، فإن ذلك يزيد من خطورة إصابة الفرد بهذا الاضطراب . كما يستخدم تصميم الاستهداف المرتفع في دراسة عدد من الاضطرابات الأخرى، وسوف نتطرق لتلك النتائج البحثية في الفصول التالية.

إلا أنه حتى لو تمكنت إحدى الدراسات التي تطبق تصميم الاستهداف المرتفع من تحديد متغير ما يسبق الإصابة بالفصام، فإن الباحث لا يزال أمام مشكلة المتغير الثالث Third-Variable Problem، حيث يمكن أن يكون هناك عامل ثالث هو الذي أحدث الارتباط، وعادة ما نسمي هذه العوامل المُرْبِكات Confounds، وإليك المثال التالي الذي يقدم لنا متغيرا ثالثا جليا.

عادة ما يكون هناك ارتباط إيجابي قوي بين عدد الكنائس في مدينة ما وعدد الجرائم التي ترتكب في هذه المدينة، أي أنه كلما زاد عدد الكنائس في إحدى المدن زاد عدد الجرائم التي ترتكب في تلك المدينة. فهل يعني ذلك أن الدين يرعى الجريمة، أو أن الجريمة تحض على التدين؟ في الحقيقة لا هذا ولا ذاك. إن هذه العلاقة ترجع إلى وجود متغير ثالث ألا وهو عدد السكان، فكلما زاد عدد السكان في أحد المجتمعات المحلية زاد عدد الكنائس وكذلك معدل وقوع الأنشطة الإجرامية Neale & Liebert, 1986, p.109 .

إن الأبحاث الخاصة بالأمراض النفسية تقدم لنا العديد من الأمثلة على المتغيرات الثالثة، فعادة ما يكون هناك اختلافات في الكيمياء الحيوية بين مرضى الفصام والأفراد الذين لا يعانون اضطرابات نفسية. ويمكن أن تنتج هذه الاختلافات من تأثير الأدوية الخاصة بالفصام أو حتى بسبب التباينات في الحمية الغذائية بين المجموعتين، فهذه الاختلافات

لا تعطينا أية معلومات حول طبيعة الفصام. فهل هنـاك طـرق يمكـن مـن خلالهـا التغلـب عـلى مشكلة المتغير الثالث؟ بالرغم من وجود بعض الأساليب التي يمكن أن تساعد في تخفيـف حـدة هذه المشكلة فإن الحلول المتاحـة حلـول جزئيـة فقـط. ولنأخـذ مـثلا النقطـة الخاصـة بالحميـة الغذائيـة باعتبـاره أحـد المُربكـات المحتملـة بالنسـبة للاختلافات الكيميائية الحيوية في الفصام، فمن الممكـن أن يحاول الباحثون أخذ الحميـة الغذائيـة في الحسـبان أثناء التحليلات الإحصائية، إلا أنهم قد لا يتمكنـون مـن قياس أهم الجوانـب الخاصـة بالحميـة الغذائيـة، فمـن غير المعقول قياس جميع المُربكات المحتملـة. ولا يمكـن الوصـول إلى اسـتنتاجات حـول الأسـباب مـن خـلال معطيات الارتباط بسبب مشكلة المتغير الثالث.



في بعض الأبحاث الوبائية، يقوم القائم بالمقابلة بإجرائها عند الباب

مثال على أبحاث الارتباط: أبحاث علـم الوبائيـات Epidemiological Research: يدرس علـم الوبائيـات Epidemiology توزيـع الاضـطرابات في إحـدى الكتـل السـكانية، أي أنـه يـتم جمـع بيانـات حـول معـدلات الإصابة بأحد الاضـطرابات والمتغـيرات التـي يحتمـل أن ترتبط به في عينة كبيرة من الأفراد، وهذا المنهج يعطينـا صورة واضحة عن هذا الاضطراب وعدد الأفراد الذين يؤثر عليهم. وتركز أبحـاث الوبائيـات عـلى ثلاث خصائص للاضطرابات:

1- معدل الانتشار Prevalence: نسبة الأفـراد المصـابين بالاضـطراب إمـا حاليـا أو عـلى مـدى حياتهم.

2- معدل الحدوث Incidence: نسبة الأفراد الذين يمثلون حالات إصابة جديدة بالمرض خلال فترة زمنية ما، عادة ما تكون عاما واحدا.

3- عامل الاستهداف Risk Factor: متغيرات ترتبط باحتمال الإصابة بالاضطراب.

وعادة ما تكون الدراسات الوبائية التي تجرى على عوامل الاسـتهداف دراسـات ارتباطيـة لأنها تقوم بدراسة كيفية ارتباط المتغيرات بعضها ببعض دون أن تتلاعب بالمتغير المستقل.

صممت الدراسات الوبائية لتكون ممثلـة للكتلـة السـكانية موضـع الدراسـة، ويسـتخدم الباحثون مجموعة مـن الأسـاليب لاختبـار إحـدى المجموعـات التـي تحتـوي عـلى الخصـائص

الرئيسة للكتلة السكانية، مثل النوع والوضع الاقتصادي والعرقية. ومن سوء الحظ أن الكثير من أبحاث الصحة النفسية لا تتقيد بتلك المبادئ وتعتمد بدلا من ذلك على عينات لا تمثل الكتلة السكانية، فنجد مثلا أن الكثير من الدراسات تستخدم عينات من طلبة الجامعات، إلا أن هؤلاء الطلبة قد يكونون أكثر ثراء وعلمًا من عموم السكان، فإذا قمنا فقط بدراسة طلبة الجامعات المصابين باضطرابات القلق فمن المحتمل أن ننتهي إلى أن المصابين بهذه الاضطرابات يتمتعون بنسبة ذكاء أعلى من المتوسط. وتستخدم دراسات أخرى عينات من المرضى المترددين على المراكز العلاجية، وهؤلاء الأفراد الذين يذهبون للعلاج في هذه المراكز قد يعانون أشد أنواع الاضطرابات. ويمكن لهذه الأساليب غير الموضوعية أن تجعلنا لا ندرك بوضوح كيفية ارتباط عوامل الاستهداف بالاضطرابات النفسية، وبالتالي فنحن نحتاج إلى دراسات الوبائيات من أجل تحديد متغيرات الاستهداف بدقة.



أوضحت الأبحاث الوبائية أن أكثر الاضطرابات شيوعا هى القلق، واضطرابات المزاج، وتناول المواد النفسية.

وتعد الدراسة القومية لإعادة مسح الإصابات المرضية المشتركة The National Comorbidity Survey-Replication مثالا على إحدى الدراسات المسحية واسعة النطاق التي أجريت على المستوى القومي، واستخدمت نظام المقابلات الفردية المقننة structured interviews لجمع معلومات عن معدل انتشار عدد من التشخيصات Kessler, Berglund, Demler, et al., 2005 . ويوضح جدول 4-4 بعض البيانات الخاصة بتلك الدراسة، وهو يقدم لنا معدلات انتشار الاضطراب النفسي على مدى عمر الفرد، أي نسبة الأفراد الذين أصيبوا بأحد الاضطرابات خلال حياتهم. ويتضح لنا من هذا الجدول أن اضطرابات الاكتئاب الرئيس والقلق وتناول الكحوليات تنتشر على نطاق واسع، بل إنها من شدة الانتشار بحيث نجد أن حوالي نصف الشعب الأمريكي 46.4% في فترة معينة من حياتهم يبلغون عن إصابتهم بأعراض تطابق المعايير الخاصة بأحد الاضطرابات النفسية. وعندما نعرف أن الاضطرابات النفسية تصيب شخصا واحدا من

بين كل شخصين، فمن المفترض أن يؤدي ذلك إلى تخفيف وصمة العار التي تلصق بالمرض النفسي ، وقد يشعر المصابون بالاضطراب النفسي بالارتياح عندما يعلمون أن هناك الكثيرين غيرهم ممن يعانون مشكلات تشبه مشكلاتهم.

ومعرفة عوامل الاستهداف يمكن أن تمدنا بمعلومات حول أسباب الاضطرابات النفسية، فنجد مثلا أن معدل الإصابة بالاكتئاب بين النساء يبلغ ضعف معدل الإصابة بين الرجال، وبالتالي يكون النوع من بين عوامل الاستهداف التي تؤدي إلى الإصابة بالاكتئاب. وسوف نستعرض في الفصل الثامن بعض النظريات التي تتناول هذا الاختلاف النوعي gender. ويمكن للأبحاث الوبائية أن تمدنا بمعلومات حول عوامل الاستهداف مثل النوع والطبقة الاجتماعية مثلا التي يمكن دراستها دراسة أكثر شمولا باستخدام تصميمات بحثية أخرى.

جدول 4-4: معدلات الانتشار عبر العمر لبعض التشخيصات المختارة

الاضطراب	ذكر	أنثى	المجموع
اضطراب الاكتئاب الرئيس	12.7	21.3	16.6
اضطراب ثنائية القطب 1و2	1.6	1.7	3.9
الاكتئاب الخفيف	4.8	8.0	2.5
اضطراب الهلع	2.0	5.0	4.7
رهاب الأماكن المفتوحة الذي لا يصاحبه الهلع	3.5	7.0	1.4
رهاب المجتمع	11.1	15.5	12.1
الرهاب المحدد	6.7	15.7	12.5
اضطراب القلق العام	3.6	6.6	5.7
تناول سوء استخدام الكحوليات	20.1	8.2	13.2
استخدام المخدرات	5.8	1.2	7.9

المصدر: مستقاة من البيانات التي جُمعت في إطار الدراسة القومية لمسح الإصابات المرضية المشتركة

مثال آخر على أبحاث الارتباط: علم الوراثة السلوكي Behavior Genetics: تعتمد أبحاث علم الوراثة السلوكي على ثلاث طرق أساسية لمعرفة هل الاستعداد الوراثي للإصابة بالاضطرابات النفسية يورث أم لا، وهذه الطرق هي: عمل مقارنة بين أفراد العائلة، والمقارنة بين أزواج التوائم، ودراسة الأطفال الخاضعين للتبني. ويهتم الباحثون في كل من تلك الحالات بمعرفة هل أنماط الاضطرابات في إحدى المجموعات من الأفراد

ترتبط بأنماط الاضطرابات عند الأقارب. فالبحث في جزيئات الجنيات صمم لتقييم الجنيات الخاصة المساهمة في وجود الاضطراب.

ويمكن استخدام التصميم الأسري Family Method في دراسة أحد الاستعدادات الوراثية عند أفراد إحدى العائلات، لأننا نعرف متوسط عدد الجينات التي يشترك فيها اثنان من الأقرباء بالدم، فالأطفال يحصلون عشوائيا على نصف الجينات الخاصة بهم من أحد الوالدين والنصف الثاني من الوالد الآخر، وهكذا نجد أن الأشقاء والوالدين والأطفال يشتركون في المتوسط في 50% من الجينات الخاصة بهم. ونحن نسمي الأفراد الذين يشتركون في 50% من الجينات الخاصة بهم مع شخص ما أقارب من الدرجة الأولى لهذا الفرد. والأقارب الذين لا ينتمون لبعضهم بصلة قرابة من الدرجة الأولى يشتركون في عدد أقل من الجينات، فنجد على سبيل المثال أن أبناء وبنات الأخ أو الأخت يشتركون في 25% من التركيبة الجينية لأحد الأخوال أو الأعمام، ويطلق عليهم أقارب من الدرجة الثانية. وإذا كان هناك استعداد وراثي للإصابة بأحد الاضطرابات النفسية يمكن توريثه، فمن المفترض أن تكشف الدراسة التي يتم إجراؤها على العائلة عن وجود علاقة بين عدد الجينات المشتركة ومدى الاتفاق Concordance في ظهور هذا الاضطراب عند الأقارب أي، هل هناك تماثل في ظهور أو غياب أحد الاضطرابات عند الأقارب؟ .

ونقطة البداية في تلك الدراسات هي جمع عينة من الأفراد الذين تم تشخيص الاضطراب موضع البحث عندهم، ويشار إلى هؤلاء الأفراد باسم الحالات المؤشرة Index Cases أو الشواهد الأصلية Probands. وبعد ذلك يتم دراسة الأقارب لتحديد معدل التكرار في تشخيص ذات الاضطراب عندهم، وإذا كان هناك استعداد وراثي للإصابة بالاضطراب موضع الدراسة فمن المفترض أن يصاب أقارب الحالات المؤشرة من الدرجة الأولى بذلك الاضطراب بمعدل أكبر من الكتلة السكانية عامة. وهذه هى الحال مع الفصام، فنجد أن 10% من أقارب الدرجة الأولى للحالات المؤشرة المصابة بالفصام يمكن تشخيص هذا الاضطراب عندهم مقارنة بنسبة حوالي 1% فقط من الكتلة السكانية عامة.

بالرغم من أن تصميم دراسات الأسرة واضح، فالبيانات التي جمعت ليست دائما سهلة للتفسير. على سبيل المثال، الأطفال ذوو آباء وأمهات مصابين بالرهاب من الأماكن المكشوفة agoraphobia - وهم الأفراد الذين يعانون الخوف الشديد من الأماكن التي يصعب الهروب منها إذا ما شعروا بالقلق - هم أنفسهم أكثر للإصابة بالرهاب من الأماكن المكشوفة بمعدل يفوق المتوسط. هل هذا يعني أن الاستعداد للاضطراب القلق ثبت وراثيا؟ ليس بالضرورة، فعدد كبير من أفراد الأسر المصابة برهاب الأماكن المكشوفة تعكس ممارسات تربيتهم للأطفال ونمذجة سلوك الرهاب للآباء. وبعبارة أخرى،

تظهر الدراسات أن الرهاب من الأماكن المكشوفة والذى ينتشر في الأسر ليس بالضرورة بسبب الاستعداد الوراثي فقط.

وفي حالة تصميم التوائم Twin Method يتم المقارنة بين كل من التوائم أحادية اللاقحة Monozygotic MZ والتوائم ثنائية اللاقحة Dizygotic DZ . والتوائم أحادية اللاقحة المتماثلة تنتج من بيضة مخصبة واحدة ولها نفس التركيب الجيني، أما التوائم ثنائية اللاقحة الأخوية فتنتج من بيضات منفصلة وتتشابه في المتوسط في 50% فقط من الجينات، أي أن النوع الأخير لا يختلف أبدا عن أي شقيقين عاديين من حيث التشابه في المحتوى الجيني، ودائما ما تكون التوائم المتماثلة من جنس واحد، أما التوائم الأخوية fraternal فيمكن أن تكون من جنس واحد أو كل منهما ذات جنس مختلف. تبدأ دراسات التوائم بالحالات التي تم تشخيصها ثم تحاول معرفة هل ذلك التشخيص موجود في التوأم الآخر أم لا، وعندما يتشابه التوأمان في التشخيص يقال إنهما متطابقان concordant. وعلى قدر قابلية توريث الاستعداد الوراثي للإصابة بأحد الاضطرابات النفسية، يفترض أن التطابق في الإصابة بذلك الاضطراب أكبر في حالة التوأمين أحادي اللاقحة المتماثلين جينيا عنه في حالة التوأمين الأخوين. وعندما يكون معدل تطابق الإصابة أعلى في حالة التوائم المتماثلة عنه في حالة التوائم الأخوية يقال إن الخاصية موضع الدراسة قابلة للتوريث. وسوف نرى في الفصول التالية أن الاتفاق في الإصابة بالكثير من أنواع الاضطرابات السلوكية والنفسية يكون أكبر في حالة التوائم المتماثلة عنه في حالة التوائم الأخوية.

وفي منهج التبني Adoptees Method يتم دراسة الأطفال الذين تم تبنيهم وتربيتهم بعيدا تماما عن الوالدين الطبيعيين، وعلى الرغم من عدم شيوع ذلك التصميم، فإنها تفيد في التخلص من التأثير الناتج عن قيام أبوين مصابين بأحد الاضطرابات بتربية الأطفال، فإذا كان معدل تكرار الإصابة برهاب الأماكن المفتوحة كبيرا عند الأطفال الذين تربوا بعيدا عن الوالدين اللذين يعانيان أيضا هذا الاضطراب، يكون لدينا دليل مقنع يدعم نظرية وجود استعداد وراثي للإصابة بهذا الاضطراب. وهناك تصميم تبني أخر يسمى التبني المُعاكس Cross-Fostering، وفي هذا المنهج يقوم أحد الأفراد بتبني الأطفال وتربيتهم بعيدا تماما عن الوالدين الطبيعيين البيولوجيين ، إلا أن الوالد الذي يتبنى الأطفال في هذه الحالة هو الذي يكون مصابا بأحد الاضطرابات، وليس الوالد الطبيعي. فعلى سبيل المثال، وجدت دراسة واحدة بأن المتبنين الذين لديهم أحد الوالدين البيولوجيين من ذوي اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع أكثر عرضة للإصابة بهذا الاضطراب في ظل تربيتهم في أسرة بالتبني غير صحية مثل صراع الوالدين، سوء الاستخدام للمواد والكحوليات في الأسرة بالتبني مقارنة بمجموعتين متبنيتين أخريين هما: 1 مجموعة المتبنين ممن لهم

أحد الوالدين البيولوجية مصاب باضطراب الشخصية المضادة للمجتمع ولكنها تربت في أسرة صحية، 2 مجموعة المتبنين ممن لهم الوالدان البيولوجيان أصحاء لا يعانون اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع ولكنها تربت في أسرة غير صحية Cadoret, Yates, Troughton, et al., 1995 . وبالتالي، فالجينات اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع في الآباء البيولوجيين والبيئة الأسرة بالتبني غير الصحية تعملان معًا لزيادة خطر الإصابة باضطراب الشخصية المضاد للمجتمع.

فتصميمات الوراثة الجزئية صممت لتحديد الجنيات المحددة أو مجموعة الجنيات التي ترتبط بوجود اضطراب محدد لدى الجمهور من الأفراد. وهناك نوعان من التصميمات المستخدمة في أبحاث الوراثة الجزيئية، الأول ويسمي دراسة الارتباط association study، وفي هذه الدراسات يفحص الباحثون العلاقة بين أليل allele محدد مثل الأشكال المختلفة لنفس الجين؛ انظر الفصل 2 ، وسمة أو سلوك في هذا الجمهور. وفي الفصل الرابع عشر، سنصف أليل محدد يسمى APOE-4 يرتبط مع مرض الزهايمر Williams, 2003 .

وهناك نوع خاص من البحث الارتباطي يسمي بالدراسات الارتباطية للخريطة الوراثية ككلGWAS genome-wide association studies لفحص الخريطة الوراثية لعينات كبيرة لتحديد التباينات بينهم. فعلي سبيل المثال دراسة الخريطة الوراثية للفصام تشمل المئات أو الآلاف من الأفراد المصابين بالفصام ومئات الأفراد غير المصابين بالفصام كمجموعة ضابطة . وباستخدام برامج كمبيوترية ضخمة، فحص الباحثون أكثر من 22 ألف جين لكل الأفراد للتمييز بين المجموعين. وهذا ما سنراه في اضطرابات متعددة تشمل الفصام الفصل التاسع ، والاكتئاب الفصل الخامس ، والذاتويين الفصل الثالث عشر .

ملخص سريع:

العلم هو المعرفة المنهجية من خلال الملاحظة. والخطوة الأولى من العلم هى تعريف النظرية والفرضيات ذات الصلة. وهناك نظرية جيدة تكون دقيقة ولا يمكن إثباتها.

دراسة الحالة هي وسيلة ممتازة لدراسة سلوك فرد ما بتفاصيل غنية وتوليد الفرضيات التي يمكن أن يتم تقييمها من خلال البحوث المحكمة، في بعض الأحيان، ولكن النتائج المستخلصة من دراسة حالة قد تكون أو لا تكون صالحة، حيث تكون النتائج متحيزة من قبل النظريات المراقبة. وعلاوة على ذلك، فإن دراسة الحالة لا يمكن أن توفر أدلة مقنعة بشأن العلاقة بين السبب والنتيجة، لأنه لم يتم فحص الفرضيات البديلة.

فالدراسات الارتباطية تسمح للباحث بجمع البيانات حول المتغيرات، ومعرفة ما إذا كانت هذه المتغيرات ترتبط. لا يوجد معالجة للمتغيرات؛ فالباحثون يدرسون المتغيرات كما هي في الطبيعة لتظهر دلالة إحصائية وإكلينيكية.

وتستخدم دراسات علم الأوبئة وعلم الوراثة للسلوك غالبا التصميمات الارتباطية. فاستخدم الباحثون الدراسات الوبائية لتقييم شيوع الاضطرابات الحدوث والانتشار . وتستخدم أبحاث الوراثة للسلوك تصميم الأسرة، لتبحث في معرفة كيفية انتشار اضطراب بسبب الجينات المشتركة بين أفراد الأسرة. وتصميم التوائم، من خلال مقارنة التوائم أحادي الزيجوت، والتوائم ثنائي الزيجوت لمعرفة الجينات المشتركة لتطوير الاضطرابات النفسية.

التجربة Experiment :

التجربة هي أقوى أداة مستخدمة لتحديد العلاقات السببية، وتشمل التوزيع العشوائي Random Assignment للمشاركين في التجربة على ظروف التجربة المختلفة، ومعالجة المتغير المستقل Independent Variable، وقياس المتغير التابعDependant Variable. وسنبدأ بنظرة مختصرة عن الملامح الأساسية للتجربة. ثم نعطي تفاصيل أكثر حول موضوعات محددة في تصميم التجارب عند وصف دراسات تقييم تأثير نواتج العلاج، لذا فالتجربة أكثر شيوعًا في مجال بحث علم النفس المرضي.

ولنتناول على سبيل المثال دراسة تتعلق بكيفية ارتباط التعبير الانفعالي بالصحة، باعتبار ذلك مقدمة توضح أساسيات البحث التجريبي Pennebaker, Kiecolt-Glaser, & Glase, 1988 . وفي تلك التجربة تردد نحو خمسين من طلبة الجامعات على أحد المعامل لمدة أربعة أيام متتالية، وخلال كل يوم من الأيام الأربعة كان نصف الطلاب يقومون بكتابة مقال قصير عن أحد الأحداث الصدمية التي حدثت له في الماضي، ووجهت إليهم التعليمات التالية:

أريد منكم خلال كل يوم من الأيام الأربعة التي ستكتبون فيها أن تعبروا كتابة عن أكثر الخبرات الصادمة والمزعجة التي تعرضتم لها خلال حياتكم كلها، ويمكنكم تناول موضوع مختلف في كل يوم أو موضوع واحد على مدى الأيام الأربعة، فالمهم هو أن تكتبوا عن أعمق الأفكار والمشاعر لديكم، ويفضل أن تتناولوا أحد الحوادث أو الخبرات التي لم تتحدثوا عنها مع الآخرين بالتفصيل.

أما النصف الآخر من الطلاب فكانوا يحضرون أيضا إلى المعمل، لكنهم كانوا يكتبون مقالات حول موضوعات مثل أنشطتهم اليومية، أو أحد الأحداث الاجتماعية الأخيرة، والأحذية التي كانوا يرتدونها، وما ينوون فعله خلال بقية اليوم.

وحصل الباحثون على معلومات حول عدد مرات زيارة المشاركين في التجربة للمركز الصحي في الجامعة خلال خمسة عشر أسبوعا سبقت التجربة وستة أسابيع بعد بدء التجربة. وشكل 4-4 يوضح هذه البيانات، فنجد أن أفراد كلتا المجموعتين قد قاموا بنفس عدد الزيارات تقريبا للمركز الصحي قبل بدء التجربة، أما بعد الكتابة فقد قل عدد زيارات الطلبة الذين كتبوا مقالات حول انفعالاتهم وتزايد عدد زيارات الطلبة الآخرين وقد ترجع هذه الزيادة إلى التغير الموسمي في معدل الزيارات للمركز الصحي . وتم رصد عدد الزيارات ثانية في شهر فبراير قبل بداية امتحانات نصف العام بفترة قصيرة. وانتهى الباحثون من دراسة هذه البيانات إلى أن التعبير عن الانفعالات له تأثير مفيد على صحة الإنسان. والفكرة هنا أن الكتابة اليومية تساعد الأفراد على التعايش مع الخبرات والانفعالات الشديدة بشكل صحي، وقد تم الاستشهاد بهذه المقالة لأكثر من مائة مرة.

الخصائص الأساسية للتصميم التجريبي Experimental Design: توضح دراسة التعبير الانفعالي الكثير من الخصائص الأساسية للتجارب:

1- معالجة الباحث للمتغير المستقل، وفي هذه الدراسة كان المتغير المستقل هو موضوع الكتابة.

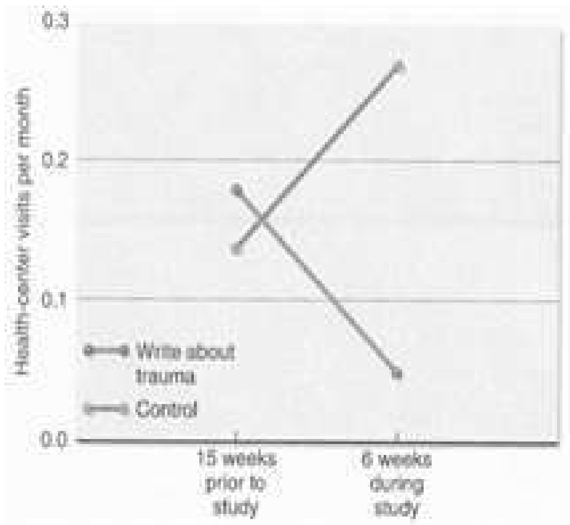
2- يتم توزيع المشاركين على ظرفي التجربة الانفعالات في مقابل الحوادث العادية بشكل عشوائي.

3- يقوم الباحث بقياس متغير تابع يفترض تغيره بتغير ظروف المتغير المستقل. وفي هذه الدراسة كان المتغير التابع هو عدد الزيارات إلى المركز الطبي.

4- تسمى الاختلافات بين ظروف التجربة بالنسبة للمتغير التابع التأثير التجريبي Experimental Effect. وفي هذا المثال، يكون التأثير التجريبي هو الفرق بين متوسط عدد الزيارات للأشخاص الذين كتبوا عن خبراتهم الصدمية مقارنة بالذين كتبوا عن الأحداث العشوائية.

الصدق الداخليInternal Validity : يشير الصدق الداخلي إلى مدى إمكانية إرجاع التأثير التجريبي إلى المتغير المستقل، فنجد مثلا أنه لكي تتمتع إحدى الدراسات العلاجية بالصدق الداخلي يجب على الباحثين استخدام مجموعة ضابطة Control Group واحدة على الأقل لا تتلقى العلاج التجريبي، أي أننا نحتاج إلى المجموعة الضابطة حتى نقول بأن التأثيرات الناتجة عن التجربة ترجع إلى المتغير المستقل، ففي الدراسة التي أجراها "بينيبيكر" Pennebaker نجد أن المجموعة الضابطة كتبت مقالات حول الأحداث

العادية، فالبيانات التي نحصل عليها من المجموعة الضابطة تعد معيارا لتقييم تأثيرات المتغير المستقل. سنصف المجموعات الضابطة بشكل أكثر تفصيلاً عندما نناقش الدراسات ناتج العلاج.



شكل 4-4 يوضح عدد زيارات المركز الصحي قبل وأثناء فترة التجربة. فقد انخفض عدد الزيارات للطلاب الذين كتبوا عن الصدمات، بينما ارتفعت للذين كتبوا عن الأحداث العشوائية
Pennebaker, 1988

لا يضمن استخدام مجموعة ضابطة الصدق الداخلي لوحده، بل التوزيع العشوائي أيضا يحقق ذلك random assignment. فالتوزيع العشوائي للمشاركين على مجموعتين تجريبيتين، على سبيل المثال، يمكن من خلال استخدام الباحثين عملة معدنية لعمل قرعة "ملك" أو "كتابة" مع كل مشارك على حدة، فإذا كانت النتيجة "ملك" يتم وضع المشارك في إحدى المجموعتين وإذا كانت "كتابة" يوضع في المجموعة الأخرى. والتوزيع العشوائي يكفل تشابه المجموعتين فيما يتعلق بالمتغيرات الأخرى غير المتغير المستقل.

وللنظر في الدراسة علاجية التي تنطوي على الاختيار من بين ظرفين تجريبيين: العلاج النفسي والعلاج الدوائي. ففي هذه الدراسة، لا يستطيع الباحث الادعاء بأن الفروق بين المجموعتين ترجع إلى العلاج بسبب صعوبة التحقق من الافتراض الراهن، بأن المرضى في الموقفين التجريبيين لديهم اختلاف في الخصائص القاعدية خط الأساس مثل رغبتهم لمناقشة موضوعات الانفعالية الشديدة أو معتقداتهم عن العلاجات الدوائية. فتصميم الدراسة ضعيف بسبب عدم استخدام الباحثين للتوزيع العشوائي. فبدون التوزيع العشوائي، نجد صعوبة للتفسير بسبب المتغيرات المربكة.

الصدق الخارجي External Validity: يعرف الصدق الخارجي بأنه مدى إمكانية تعميم نتائج الدراسة خارج حدودها. فإذا اكتشف الباحثون أن هناك علاجاً معيناً يفيد مجموعة معينة من المرضى فإنهم في حاجة إلى التأكد من أن هذا العلاج سيكون فعالا مع المرضى الآخرين الذين يعانون نفس المرض، وذلك في أوقات وأماكن أخرى؛ فنجد مثلا أن "بينيبيكر" وزملاؤه كانوا سيرغبون في تعميم النتائج التي توصلوا إليها على أمثلة

أخرى من التعبير الانفعالي مثل ائتمان الأصدقاء المقربين على الأسرار مثلا ، وعلى مواقف أخرى، وأفراد آخرين غير المشاركين في التجربة.

ويعد تحديد الصدق الخارجي لنتائج إحدى التجارب أمراً في غاية الصعوبة ؛ فنجد مثلا أن الأفراد المشاركين في الدراسات كثيرا ما يتصرفون تصرفات معينة لأنهم يخضعون للملاحظة، مما يعني أن النتائج التي نحصل عليها في المعمل قد لا تحدث تلقائيا في البيئة الطبيعية. كما أن إجراء الدراسة على مجموعة منتقاة فقط من الأفراد - مثل طلبة الجامعات Coyne, 1994 أو أفراد الطبقة الوسطى الأمريكية من القوقازيين Hall, 2001 - يؤثر سلبا على الصدق الخارجي. وفي الواقع، تم مراجعة المقالات المنشورة في ستة مجالات تتبع الجمعية الأمريكية لعلم النفس ما بين 2003 و2007، ووجد أن 68 في المائة من المشاركين في الولايات المتحدة، و96 في المائة من المجتمعات الصناعية الغربية Arnett, 2008 . ولهذا لابد على الباحثين الانتباه إلى مدى إمكانية الادعاء بأن نتائج دراساتهم يمكن تعميمها على أفراد وحالات لم تخضع للدراسة، وعليهم غالبا إجراء دراسات مشابهة في بيئات جديدة من أجل اختبار مدى قابلية إحدى النتائج للتعميم.

ملخص سريع :

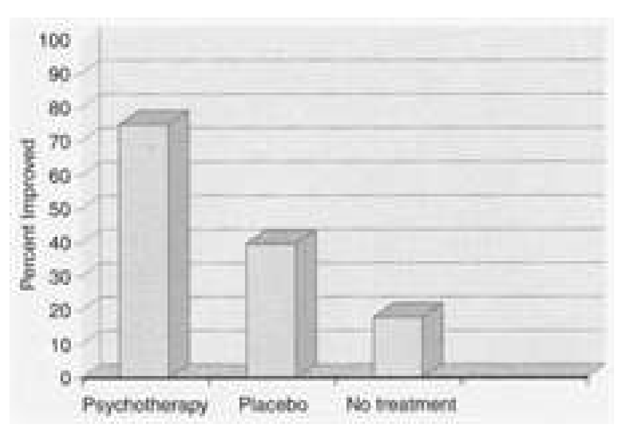
ينطوي التصميم التجريبي على معالجة المتغيرات المستقلة وقياس آثارها على المتغيرات التابعة. وبوجه عام، يتم توزيع المشاركين عشوائيًا إلى مجموعتين على الأقل؛ المجموعة التجريبية، والتي تتعرض للظرف التجريبي النشط، والمجموعة الضابطة، التي لا تتعرض. فاختبارات الباحثين لمعرفة تأثير المتغير المستقل التأثير التجريبي من خلال البحث عن الاختلافات بين المجمعات التجريبية والضابطة في المتغير التابع.

يشير الصدق الداخلي إلى ما إذا كان التأثير الناتج يمكن أن يعزى بثقة إلى المتغير المستقل. أما الصدق الخارجي فيشير إلى إذا ما كانت الآثار التجريبية يمكن تعميمها على الحالات والأفراد خارج حدود هذه الدراسة. وتوفر التصميمات التجريبية الصدق الداخلي، ولكن ينقصها الصدق الخارجي، أما التصميمات الارتباطية على العكس من ذلك، فتتسم بالصدق الخارجي، وينقصها الصدق الداخلي.

أحد أمثلة البحث التجريبي: بحث ناتج العلاج One Example of Experimental Research: Treatment Outcome Research

صمم بحث ناتج العلاج للإجابة على التساؤل البسيط "هل للعلاج فعالية؟" والإجابة تكون بالفعل نعم. لهذا سنركز على موضوعات لاختبار العلاج النفسي، لكن الكثير أيضًا من هذه الموضوعات تتركز على العلاجات الطبية.

مئات الدراسات فحصت ما إذا كان الأفراد الذين يتلقون العلاج النفسي أفضل من الـذين لا يخضعون. وفي دراسات تحليلية لأكثر من 300 دراسة، وجد الباحثين أن هناك تـأثيراً إيجابيـاً معتـدلاً للعـلاج. فحـوالي 75 في المائة حققـوا عـلى الأقـل أحـد التحسـينات Lambert & Ogles, 2004 . كـما يتضـح مـن شكــل 4-5 ، فالتـأثيرات تبدو أكثر فعالية للعلاج مقارنة بفـترة المسـاندة المقدمـة مـن الأصـــدقاء والأسرة. وعـــلى العكـس مـن ذلـك، فيوضـح هــذا الشـكل أيضًـا أن العـلاج لـيس فعـالا لـدى 25 في المائـة من الأفراد.



شكل 4-5 ملخص نسبة الأفراد الذين حققوا تحسينات عبر دراسات ناتج مجموعات العلاج، والبلاسيبو، والضابطة

فما هي معايير بحث ناتج العلاج لتكون صادقة؟ حاولـت مجموعـات متعـددة مختلفـة العمل للإجابة عـلى هـذا التسـاؤل. واتفـق أغلـب البـاحثين عـلى أن دراسـة العـلاج يجـب أن تتضمن المعايير التالية على الأقل:

- وضوح تعريف العينة المستخدمة في الدراسة، مثل وصف التشخيص.
- وضوح وصف العلاج المقدم، مثلما هو موجود في كتيب العلاج.
- إدراج الموقف العلاجي الضابط أو المقارن.
- التوزيع العشوائي للمشاركين على الظروف العلاجية أو المقارنة.
- تمتع مقاييس الناتج بالثبات والصدق انظر الفصل الثالث لتعريف الصدق والثبات .
- عينة كافية بدرجة كبيرة للاختبارات الإحصائية.

فالدراسات التي تـوزع المشـاركين بشـكل عشـوائي لتلقـي الموقـف العلاجـي أو الظـروف المقارنة سواء لا علاج، أو البلاسيبو، أو نمط علاج آخر تسـمي التجـارب العشـوائية المحكومـة randomized controlled trials RCTs ، وفي هـذا الـنمط مـن التجـارب، يمثـل المتغـير المستقل العلاج، والمتغير التابع ناتج العلاج.

وقـد نشرت الجمعيـة الأمريكيـة لعلـم الـنفس تقريـراً حـول العلاجـات المدعمـة لهـذه المعـايير Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological

Procedures, 1995. ووجد بعض الباحثين ضرورة توفر الأدلة الإمبريقية المدعمة كما يتضح في جدول 4-5 . والهدف من ذلك مساعدة المعالجين، والعملاء، وهيئات القائمين بالرعاية، وشركات التأمين في تطوير التراث بالعلاجات المدعمة إمبريقيًا. وسنصف هذه الأدلة خلال هذا الفصل عند مناقشة اضطرابات نفسية محددة.



يحتاج الأفراد المضطربون إلى التحدث عن مشاكلهم مع الأصدقاء أو طلب العلاج المتخصص. وعادة ما سعى إلى العلاج أولئك الذين طلبوا المشورة والدعم من العائلة أو الأصدقاء.

هناك جدل شديد قد ثار حول بعض المفاهيم. على سبيل المثال، فشل العلاج في الظهور بتقرير الجمعية الأمريكية لعلم النفس، ليس معناه فشل هذا العلاج، أكثر من مجرد وجود افتقار في الدراسات المدعمة. وكما سنرى، فإن معظم الأنواع العلاجية التي شملتها القائمة، هي علاجات سلوكية معرفية. وبالرغم من أننا سوف نقوم بمناقشة الأبحاث التي تؤيد العديد من طرق المعالجة الأخرى في هذا الفصل، إلا أن المعالجات السلوكية المعرفية تعد مميزة في قائمة الجمعية الأمريكية لعلم النفس لأن الدراسات بالنسبة لهذه العلاجات قد توافرت فيها المعايير الدقيقة والصارمة.

ونتحول الآن إلى بعض القضايا الرئيسة للباحثين لمواجهة ما يسمي بتصميم دراسات ناتج العلاج. هذه القضايا تشمل تعريف إجراءات العلاج، واختيار أفضل المجموعة الضابطة المتاحة، وتوظيف عينة المرضى المناسبة. وهذه الخطوات للتأكد من فعالية العلاج، والتوصل للأدلة الدقيقة حول هذه النقطة، فبجانب هذه الأدلة، هناك نمو للمعلومات حول ما إذا كان بعض العلاجات ضارة أم لا انظر الاكتشاف 4-2 .

جدول 4-5: أمثلة لأنواع العلاجات المدعمة إمبريقيًا لاضطرابات الراشدين

الاكتئاب:
- العلاج المعرفي.
- العلاج السلوكي.
- العلاج النفسي للعلاقات الشخصية interpersonal psychological treatment

اضطراب القلق العام
- العلاج المعرفي.
- الاسترخاء العملي Applied relaxation
- الرهاب الاجتماعي Social phobia
- التعريض بمفرده Exposure alon
- التعريض بالإضافة إلى إعادة البناء Restructuring

الرهاب البسيط Simple Phobia
- التحصين المنظم Systematic desensitization

اضطراب الوسواس القهري
- التعريض ومنع الاستجابة أو رد الفعل.

الرهاب من الخلاء Agoraphopia
- التعريض Exposure

الهلع Panic
- العلاج المعرفي.
- التعريض.
- الاسترخاء التطبيقي.

اضطراب ما بعد الصدمة
- التعريض.

الفصام
- تدريب المهارات الاجتماعية.
- العلاج السلوكي الأسري.

تعاطي الكحول والاعتماد Alcohol abuse and dependence
- طريقة الدعم الاجتماعي
- العلاج الزوجي السلوكي.

تعاطي المخدرات والاعتماد
- العلاج السلوكي الأسري.
- العلاج المرتكز على الانفعالات.
- العلاج المدعم للتعبير.
- المعالجة المعرفية.

منع الانتكاسة
- العلاج السلوكي.

الاختلالات الوظيفية الجنسية
- تدريب المهارات الجنسية بمساعدة الشريك.

الشره المرضي Bulimia
- العلاج السلوكي المعرفي.
- العلاج النفسي للعلاقات الشخصية.

بؤرة الاكتشاف 4-2

هل يمكن أن يكون العلاج ضاراً؟

بالرغم من وجود أدلة جوهرية على أن العلاجات في المتوسط تميل إلى أن تكون مفيدة، فهذا لا يعني أنها تساعد الجميع. في الواقع، القليل هم من أصبحوا أسوأ بعد العلاج. فتقدير كيف يكون العلاج ضارا ليس بالسهولة المطروحة. أكثر من 10 في المائة من الأفراد أصبحوا أكثر اضطرابًا بعد العلاج مقارنة بما كانوا عليه قبل بدء العلاج Lilienfeld, 2007 . فهل هذا يعني أن العلاج تسبب في أذى لهم؟ ربما لا. فبدون مجموعة ضابطة من الصعب معرفة ما إذا كانت الأعراض تدهورت حتى من دون علاج. للأسف، القليل من الباحثين ذكروا النسبة المئوية للأفراد الذين ساءت حالتهم في الفروع المختلفة للاضطرابات النفسية.

ومع ذلك، فمن الضروري إدراك أن العديد من العلاجات وجدت ضارة لبعض الأفراد. فالقائمة المطروحة في جدول 4-6 حددت العلاجات التي يمكن أن يكون لها نواتج سلبية في تقارير الحالات المتعددة Lilienfeld, 2007 . ويجب ملاحظة أن هذه الآثار الضارة للعلاج ليست مرتبطة فقط بالعلاج النفسي، فقد حذرت منظمة الدواء والغذاء الأمريكية من أن مضادات الاكتئاب وأدوية الصرع قد تزيد من معدل الانتحار، ومضادات الذهان تزيد من الاستهداف للوفاة في مرحلة الشيخوخة.

جدول 4-6 أمثلة لبعض للعلاجات التي كشفت عن آثار ضارة في دراسات متعددة أو تقارير حالة

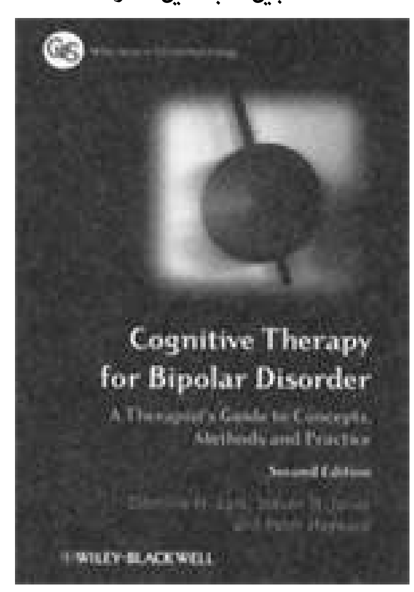
العلاج	الآثار السلبية
المشقة الناتجة من التعرض لحادثة خطيرة	فاسترجاع الخبرات والحدث زاد من التعرض لمخاطر اضطراب ما بعد الصدمة
تفاقم الرعب أو الخوف	اضطراب السلوك المستقيم
إنتاج تقنيات لتنشيط الذاكرة	إعادة ذكريات مزيفة عن الصدمة
علاج اضطراب الهوية للشخصية الفصامية	تحريض" ذبح شخصيات"
إرشاد أفراد يعانون الحزن	زيادة الاكتئاب

تعريف الموقف العلاجي: استخدام كتيبات العلاج :Defining the Treatment Condition The Use of Treatment Manuals

تعد كتيبات العلاج بمثابة إرشادات مفصلة لإجراء علاج نفسي معين - فهي تقدم إجراءات محددة للمعالج لكي يتبعها في كل مرحلة من مراحل العلاج. فبمجرد قراءة هذه

الكتيبات يمكن معرفة ماذا سيحدث في الجلسات العلاجية. وقد كان استخدام الكتيبات بمثابة خطوة رئيسة إلى الأمام في البحث في موضوع العلاج النفسي Nathan & Gorman, 2002 ، وفي التدريب في مجال علم النفس الإكلينيكي Crits-Christoph, Chambless, Frank, et . al., 1995

فتصميم الكتيبات العلاجية لمساعد المعالجين ليكون أكثر تشابهًا فيما بينهم من خطوات علاجية. وهذا يؤدي إلى بعض النقاشات. فالبعض يري أن هذه الكتيبات ربما تكون شديدة التقييد للمعالجين، فهذا يؤدي إلى شعور العميل بعدم الاهتمام بمخاوفه وشكواه الخاصة، وأنها ليست وضع اهتمام من قبل المعالج Haaga & Stiles, 2000 . فالأدلة تشير إلى أن الإرشادات الواضحة التي تقدمها الكتيبات تبدو أنها تساعد المعالجين المبتدئين أكثر مما تساعد المعالجين ذوي الخبرة Multon, Kivlighan, & Gold, 1996 . وهذا التحدي أمام الباحثين يتطلب عمل خريطة طريق تتسم بالمرونة الكافية. واحد الطرق لعمل هذا هو تطوير كتيبات التي تعطي للمعالجين حرية كبيرة، على سبيل المثال، الحفاظ على هدف العلاج التعريض للاضطرابات القلق لكن في ظل وجود مجموعة بدائل لكيفية أداء هذا التعريض Kendall & Beidas, 2007 .



كتب العلاج تمد المعالجين بالإجراءات المستخدمة عند التعامل مع العميل.

تعريف المجموعات الضابطة Defining Control Groups: لتوضيح أهمية المجموعة الضابطة سنستعرض دراسة تتناول مدى فعالية أحد العلاجات في تقليل حدة القلق. ولنفترض أن الأفراد المصابين بحالات شديدة من القلق يتلقون العلاج من أجل إبراء حالاتهم المرضية، فبدون وجود مجموعة ضابطة نستخدمها في المقارنة من أجل الوقوف على التحسن لا يمكننا القول بأن التغيرات ترجع إلى العلاج أو أن تلك الدراسة تعد إحدى التجارب. فمن الممكن أن يكون السبب في تحسن حالة القلق من بداية العلاج وحتى نهايته وجود عوامل أخرى غير العلاج، مثل مساندة الأصدقاء، فبدون وجود مجموعة ضابطة يكون من الصعب تفسير أية تغييرات تطرأ أثناء العلاج.

وهناك أنماط متعددة من المجموعات الضابطة يمكن استخدامها في البحوث نواتج العلاج. فالمجموعة التي لا تتلقى العلاج المجموعة الضابطة تسمح للباحثين باختبار ما إذا مرور الوقت يؤدي إلى التحسن مثلما فعل العلاج. وهناك نمط آخر من هذه المجموعات ولكنه أكثر صرامة عند مقارنته بمجموعة العلاج وهو مجموعة الأثر الوهمي البلاسيبو placebo group. ففي بحوث العلاج النفسي، يمثل الأثر الوهمي البلاسيبو علاجًا يتكون من المساندة والتشجيع المكون الأساسي ، لكنه لا يحتوى على المكون العلاجي الفعال في الدراسة مثل التعرض للمنبه الذي يثير الخوف في علاج السلوكي للرهاب . أما الدراسات الدوائية، فالبلاسيبو عبارة عن حبة أو قرص سكري يتم وصفه بأنه دواء علاجي فعال. فموقف البلاسيبو يسمح للباحثين بالتحكم في توقعات الشفاء. وذلك من خلال هذا التصميم الصارم حيث نقارن بين مجموعة تتلقى العلاج الفعال ومجموعة البلاسيبو.



زيارة المزارات الأثرية لها تأثيرات علاجية وهمية البلاسيبو

ويري البعض أن مجموعات البلاسيبو وعد العلاج عمل غير أخلاقي، حيث يتم حجب العلاج الفعال عن مرضي يعانون بالفعل Wolitzky, 1995 . لذلك فمجموعة العلاج الفعال الضابطة ربما لا تثير قضايا أخلاقية، لكنه من الصعب معرفة الفروق بين الأنماط المختلفة للعلاجات.

فإذا قرر الباحثون استخدام الموقف البلاسيبو، فهناك عدة اعتبارات لابد من أخذها في الحسبان عند استخدام البلاسيبو في التجارب الدوائية، فالباحثون يستخدمون تطبيق أسلوب التعمية المزدوجة Double-Blind Procedure، أي أنه لا يتم إخبار كل من المعالج والمريض إذا كان المريض يتناول الدواء الفعال أم الوهمي، وذلك بغرض تقليل درجة التحيز في تقييم النتائج. إلا أنه قد يكون من الصعب تطبيق ذلك الأسلوب، فمن المحتمل أن يعرف الباحثون أو المرضى من الذي يتناول الدواء الفعال وذلك لأن احتمال حدوث آثار جانبية في حالة الأدوية الفعالة أكبر بكثير منه في حالة الأدوية الوهمية

Salamone, 2000 . فدائما يسعى الباحثون لقياس تخمين المشاركين إذا ما كانوا في موقف البلاسيبو أم في الموقف العلاجي.

فيشير التأثير البلاسيبو placebo effect إلى التحسن الجسمي أو النفسي الذي ينتج من توقعات المرضي بحصولهم على المساعدة أكثر من حصولهم على المكون الفعال النشط للعلاج. فتأثير البلاسيبو دائما جوهري وذو أثر مستمر. وعلى سبيل المثال، كشف تحليل 75 دراسة عن تحسن 29.7% من مرضى الاكتئاب بعد تلقيهم البلاسيبو Walsh, Seidman, Sysko, et al., 2002 . ومن بين مرضى الاكتئاب الذين استجابوا للأدوية المضادة للاكتئاب، العديد منهم أظهروا استجابة البلاسيبو Kirsch, 2000 . وبسبب التأثير البلاسيبو القوي، فمازال العديد من الباحثين يعتقدون أنه نوع ضروري كموقف ضابط يجب أخذه في الحسبان.

تعريف العينة Defining a sample

تركز التجارب العشوائية المحكمة RCTs بالتحديد على التعامل مع الأفراد الذين يعانون تشخيصاً معيناً طبقًا للدليل التشخيص والإحصائي للاضطرابات النفسية. مثل اضطراب الاكتئاب الرئيس أو اضطراب الهلع. ومعظم الدراسات بالرغم من أنها أيضًا تشمل العديد من المشاركين إلا أنها ينقصها الصدق الخارجي. على سبيل المثال، قد يركز الباحثون الأفراد في كل مرة على اضطراب واحد فقط أو الذين لديهم محاولات فعلية للانتحار لأسباب أخلاقية . وبعض المشاركين قد لا يكون لديهم رغبة في الانضمام للدراسة التي ربما تري عدم فعالية العلاج الموقف الضابط Westen, Novotny, & Thompson-Brenner, 2004 .

وإحدى الفجوات الرئيسة في دراسات ناتج العلاج تضمنها الأفراد من أطر ثقافية وأخلاقية مختلفة. فالعديد من الدراسات في الغالب تشمل العملاء البيض غير اللاتينيين، لهذا فالعينات غالبًا غير ممثلة لفحص تأثيرات العلاج لدى مجموعات مختلفة. هذه المشكلة تعكس ميلاً عاماً بعدم طلب العلاج لدى المجموعات الأقلية وهؤلاء من الثقافات غير الغريبة. على سبيل المثال، وجد أن حوالي نصف الأغلبية من العملاء الذين لا يتلقون العلاج هم من الراشدين البيض غير اللاتينيين في الولايات المتحدة U. S. Department of Health and Human Services USDHHS , 2008 . ويوضح جدول 4-7 الفروق بين معدلات طلب العلاج باختلاف موطن الأفراد الذين يعانون الاضطرابات النفسية Wang, Simon, Avorn, et al., 2007 . فالفروق الثقافية والعرقية في الرغبة لطلب العلاج تمثل قصورا واضحا وملحوظا في ناتج دراسات البحث.

بوجه عام، هناك قلة في الدراسات حول ما إذا كانت العلاجات صادقة لأي مجموعة أقلية أخرى Chambless & Ollendick, 2001 . بالرغم من تركيز العديد من الدراسات لاختبار ما إذا كانت العلاجات مدعمة إمبريقيًا لاستخدامها على جمهور آخر من ثقافات مختلفة. على سبيل المثال، وجد أن مجموعة العلاج النفسي للاكتئاب يكون فعالا مع الأفراد الذين يعيشون في القرى الأوغندية Bolton, Bass, Neugebauer, et al., 2003 . ودعمت العديد من الدراسات فعالية العلاج المعرفي السلوكي لاضطرابات القلق بين العملاء الأمريكيين من أصل إفريقي Minranda et al., 2006 . ووجدت دراستان فعالية مماثلة للعلاج المعرفي السلوكي لاضطرابات القلق لدى الأطفال عبر الأعراق المختلفة. والنتائج التي توصلت إليها العديد من الدراسات تشير إلى أن آثار علاجات اضطرابات الطفولة، بما في ذلك العلاج المعرفي السلوكي والعلاج الأسري، لا تختلف حسب العرق Minranda et al., 2006 . وباختصار، فإن على القلق بعض النتائج المستخلصة من دراسات ناتج العلاج تبدو معممة على المجموعات الأقلية. انظر تركيز الاكتشاف 4-3 على الطرق الأخرى التي يجب مراعاتها للثقافة والعرق في العلاج.

جدول 4-7
نسبة الأفراد الذين طلبوا العلاج في أثني عشر الماضية باختلاف الموطن ن=84.850

الموطن	نسبة الأفراد الطالبين للعلاج
نيجيريا	1.6
الصين	3.4
إيطاليا	4.3
لبنان	4.4
مكسيك	5.1
كولومبيا	5.5
اليابان	5.6
أسبانيا	6.8
ألمانيا	8.1
إسرائيل	8.8
فرنسا	11.3
شمال أفريقيا	15.4
الولايات المتحدة	17.9

تركيز الاكتشاف 4-3

أهمية الثقافة والانتماء العرقي في العلاج النفسي:

من الضروري الأخذ في الحسبان بعض الموضوعات التي قد تحد من مدى عمل المعالجين بالنسبة للأفراد ذوي الخلفيات المختلفة، كذلك الطرق التي نحسن بها العلاجات مع هؤلاء الأفراد. ونحن لا نريد أن نثير تحذيرا وحدا، فمناقشتنا للعوامل الثقافية والعرقية في العلاج تشمل خطر التمسك بأفكار نمطية، لأننا سوف نقوم بمراجعة التعميمات أو

الأحكام العامة حول طريقة استجابة مجموعة من الأفراد تجاه المساعدة النفسية، فالأفراد الذين ينتمون إلى جماعات أقلية يمكن أن يختلفوا عن مجموعة عرقية أو إثنية أخرى، فمن المهم أن نضع في الاعتبار درجة انصهار Assimilation الفرد في ثقافة الأغلبية وتمسكه بنفس قيم هذه الثقافة Sue & Sue, 2003 . وبالرغم من ذلك، فإن مراعاة الصفات التي تتميز بها الجماعة يُعد على جانب من الأهمية ويعد جزءا من خصوصية يطلق عليها الصحة العقلية للأقلية العرقية.

وفي العادة يفترض أن يؤدي العملاء بشكل أفضل مع المعالجين الذين يتشابهون معهم في الخلفية الثقافية والعرقية. وفي الواقع، فإن العديد من العملاء من فئة الأغلبية يظهرون أنهم يفضلون عرض أنفسهم على شخص ذي خلفية مشابهة لهم، Lopez & Lopez & fong, 1991 ، وتكون هذه الاختلافات والتفصيلات قوية بالتحديد إذا كان الفرد مندمجا بقوة في جماعته العرقية Ponce & Atkinson 1989 ، ومن المتوقع أن يقوم المعالجون من نفس الخلفية أو حتى من نفس النوع بفهم ظروف حياة الشخص بشكل أسرع. ويلقي قبولاً بشكل أكثر من جانب العميل. وبالرغم من هذه الفرضية، فإنه لم يتضح أن النتائج الأفضل تتحقق عندما يكون العميل والمعالج متشابهين في العرق أو الانتماء العرقي، Beutler, Machado, Neuf-edt 1994 . ولم يتضح أيضا أن العملاء يميلون على الأرجح إلى الاستمرار في العلاج إذا كان هناك تشابه Maramba & Nagagama 2002 ، فالأهلية الثقافية Cultural Competence، يمكن أن تشمل أكثر من مجرد التشابه العرقي، فالمعالج الذي لا يكون عضوا في نفس الجماعة العرقية أو الأثنية مثل العميل، قد يظل فاهما للعميل ويقيم علاقة علاجية جيدة إذا كانت لديه معرفة جيدة بثقافة العميل HSDHHS 2002 .

وفي تطوير للأهلية الثقافية، يحتاج المعالجون في أخذ في الاعتبار أن الكثير من الأفراد من المجموعات القلية يواجهون بالتحيز والعنصرية HSDHHS 2002 . فالكثير من العائلات أتت إلى الولايات المتحدة من بلدان أخرى هربًا من الاضطرابات السياسية، والاضطهاد، وهذه الصدمات يزيد من استهدافهم للاضطراب ما بعد الصدمة والمشقة الانفعالية Sue & Sue, 2008 . فالخلفية الثقافية تشكل القيم والمعتقدات المرتبطة بالانفعال، بالإضافة إلى أنها تشكل كيفية التعامل مع القائم بتقديم العلاج. وهذه القيم والمعتقدات تؤثر في المقابلة العلاجية. على سبيل المثال، عادة يصف الأمريكان من أصول آسيوية المشقة في مصطلحات جسدية، مثل الصداع والتعب، حتى لو كانون يشعرون بالأعراض الانفعالية Chang et al., 2008 . ولا تسمح الثقافة اللاتينية للذكور بالتعبير عن الضعف والخوف USDHHS, 2002 . كذلك يتجنب الأطفال الصغار من

أصل أمريكي التواصل بالعين مع المعالجين كطريقة تقليدية على الاحـترام Everett Votor & Cartmen 1989 .

وبالرغم من وجود أدلة بسيطة عن العلاجات المساعدة للعينات الأقلية، فهناك نظريـات متعددة تناقش أن العلاجات يجب أن تكون متفقة مع الإطـار الثقـافي للمـريض. فعـلي سـبيل المثال لتعديل محتـوى العـلاج المعـرفي السـلوكي للاكتئـاب ليبـدو أكـثر ملاءمـة مـع السـيدات الأمريكيات من أصل إفريقي، قام الفريق بعمل اقتراحـات لتعـديل كتيـب العـلاج، ومـنهجهم أكد عـلى العزلـة الاجتماعيـة، والاهتمامـات الأسريـة، والصـدمات الشـائعة في هـذا الجمهـور، بالإضافة إلى تحدي الأساطير والخرافات التـي تـدور حـول المـرأة الإفريقيـة السـوداء الخارقـة، وجاءت النتائج الأولية لتشير إلى السيدات الأمريكيات السوداوات فضلن تلقي العلاج المعـدل، وأن هذا العلاج قد أدى إلى تقليل الأعراض الاكتئابية بشكل أكبر بكثير مـن العـلاج باسـتخدام طريقة المعالجة السلوكية المعرفية التقليدية Kohn, Oden, Munoz, et al., 2002 .

وهناك مثال آخر لتطوير العلاجات لتكون ملائمة ثقافيًا، على سبيل المثـال، تؤكـد الثقافـة اللاتينية قيم وروحانيات الأسرة. فطور الفريق العلاج المعرفي السلوكي للاكتئاب ليؤكد أكثر على القيم الأسرية. فوجد أن المرضى أصبحوا أقل أعراضًا اكتئابيًا بشكل ملحوظ مقارنة بالذين تلقوا العلاج بشكله التقليدي Rossello, Bernal, & Rivera-Medina, 2008 .

باختصار، يجب تعلم المعالجين العمل مع أفراد من ذوي خلفيات ثقافية مختلفة. وهذه مهمة الباحثين للمساعدة بعمل العديد من الأبحـاث التـي تطـور العلاجـات لـتلائم الثقافـات المختلفة.

قياس كيفية عمل العلاجات في العالم الواقعي: صممت التجارب العشوائية المحكمة RCTs - وخاصة التي يتم إجراؤها في أوساط البحث الأكاديمي - لتحديد فاعلية العـلاج أي لتحديد ما إذا كان العلاج يعمل في أفضل الظروف أم لا. وبسبب الأنواع المختلفة من المخاوف التي ذكرت منذ قليل، فإن البحث الأكاديمي قد لا يفيدنا في معرفة كيف تعمـل هذه الأنماط من العلاجات مع عينات أوسع تحت إشراف معالجين غير أكـاديميين، ونحـن في حاجة إلى تحديد ليس فقط فاعلية العلاج ولكن تأثيره ومفعوله أيضًا، أي أننا في حاجة إلى معرفة إلى أي مدى يعمل العلاج في عالم الواقـع، فدراسـات الفاعليـة مـن الممكـن أن تشمل أفراداً ممن يعانون معدلاً واسـعاً مـن المشـكلات، ويمـد بأقـل إشراف للمعـالجين. فكما هو متوقع، عندما يعاني العميل شكاوي تشخيصية معتقدة، ويحصل على أقل دعم ممكن، فالعلاج النفسي وحتـى الأدويـة تكـون أقـل فاعليـة وتـأثيرًا مقارنـة بمـا يفعـل في دراسـات الفاعليـة efficacy studies Rush, Trived, Wisniewski, et al., 2006.

فأبحاث الفاعلية Effectiveness تمدنا بدعم العلاج المعرفي السلوكي للقلق Wade, Treat, & Stuart, 1998 ، والاكتئاب Persons, Bostrom, & Bertagnolli, 1999 . والاضـطراب ثنـائي القطب Miklowitz, Otto, Frank, et al., 2007 .

الاحتيـاج لـنشر نتـائج دراسـات نـاتج العـلاج The Need for Dissemination of Treatment Outcome Findings: في هذه اللحظة هناك مئات الدراسات التي أوضحت عمل العلاجات النفسية بشكل جيد. العديد من العلاجات لم يتم التركيز عليها فقط من قبل دراسـات الفعالية، بل أيضًا من قبل دراسات الكفاءة. وبالرغم من تـوفر الأدلـة الإمبريقيـة إلا أن هنـاك فجـوة بـين العلـم والممارسـة في هـذا المجـال، وإحـدى الوسـائل لتقليـل الفجـوة هـى الـنشر Dissemination. فقد ركزت الجهود الرئيسة في الولايات المتحدة وانجلترا عـلى الـنشر، لتسـهيل نشر العلاجـات الفعالـة في المجتمـع McHygh & Barlow, 2010 . وبـالرغم مـن مجهـودات النشر، إلا أن بعض المعالجين أكدوا أن وجود العلاجات المدعمة إمبريقيًا لا تبـدو مناسـبة لـبعض العملاء. لذا سعت الجمعية الأمريكية لعلم النفس 2006 إلى وضع إطـار عـام للـدليل المعتمـد على الممارسة، لتضيف عنصر خـبرة المعـالج لاكتشـافه خصـال المـريض المـؤثرة في عمليـة العـلاج Stuart & Lilienfeld, 2007 .

التجارب المتناظرة Analogue Experiments: يعد المنهج التجريبي هـو أكثر الأسـاليب أهمية وتأثيرا في تحديد علاقات السببية؛ وعلى الرغم من أن التجارب عادة ما تستخدم في اختبار العلاجـات، فـإن هناك الكثير من المواقف التي لا يمكـن اسـتخدام المـنهج التجريبي فيها لفهم أسباب السلوك غير السوي، فلماذا؟

لنفرض أن أحد الباحثين توصل إلى فرضـية معينـة وهي أنه عندما يتعلـق الطفـل بوالدتـه تعلقـا عاطفيـا شديدا ويعتمد عليها اعتمادا زائدا عن الحد، فإن ذلـك يؤدي إلى الإصابة باضطراب القلق العام generalized anxiety disorder؛ فـإذا أردنـا اختبـار صـحة هـذه الفرضية تجريبيا فعلينـا توزيـع الأطفـال عشـوائيا عـلى مجمـوعتين مـن الأمهـات، بحيـث تخضـع الأمهـات في إحدى المجموعتين لبرنامج تـدريبي مكثـف حتـى يكـنَّ قادرات على تهيئة منـاخ عـاطفي شـديد وزرع التبعيـة المفرطة لهن داخل الأطفال؛ أمـا الأمهـات في المجموعـة

يفحص البحث الشهير لهارلو تأثيرات الانفصال في وقت مبكر من الأم لدى القرود الرضع، وذلك بوضع أم بديلة من القماش كأفضل علاج للعزلة لمنع المشقة الانفعالية والاكتئاب

الثانية فسوف يتم تدريبهن بحيث لا يُقِمْنَ مثل تلك العلاقة مع الأطفال. وعلى الباحث بعد ذلك أن ينتظر حتى يصل الأطفال في كل من المجموعتين إلى سن البلوغ ويقوم بتحديد عدد الأطفال الذين أصيبوا باضطراب القلق العام بعد البلوغ. وعلاوة على المصاعب العملية نجد أن تلك الخطة التجريبية تنطوي على مشكلات أخلاقية واضحة. فلنفترض أن هناك فائدة علمية قد تتحقق من وراء إثبات أن اعتماد الفرد المفرط على والدته يؤدي إلى إصابته باضطراب القلق العام، فهل هذه الفائدة تفوق في أهميتها المعاناة التي فرضت على بعض المشاركين في التجربة؟ والإجابة من وجهة نظر أي شخص تقريبا ستكون بالنفي.

يحاول الباحثون الانتفاع من الفعالية الكبيرة التي يتمتع بها المنهج التجريبي، فيستخدمون أحيانا التجارب المتناظرة، وفي هذه النوعية من التجارب يحاول الباحثون إجراء دراسة معملية مكثفة على إحدى الظواهر المرتبطة بالظاهرة الذي يصعب دراستها النظير ؛ ويمكن الحصول على نتائج ذات صدق داخلي جيد طالما أجريت تجربة حقيقية. إلا أن الصدق الخارجي لا تزال تمثل مشكلة حيث إن الباحثين في هذه الحالة لا يدرسون الظاهرة الحقيقية موضع الاهتمام.

وفي أحد أنواع الدراسات المتناظرة يتم إحداث أعراض مؤقتة من خلال معالجة بمتغيرات التجربة، فنجد مثلا أن حقن اللكتات lactate infusion اللكتات هو أحد أملاح أو أسترات حمض اللكتيك يمكن أن يحدث نوبة الهلع، والإيحاء بالتنويم المغناطيسي يمكن أن يحدث نوعا من العمى يشبه ما يحدث في اضطراب التحول conversion disorder، وشعور الفرد بأن الاعتداد بالنفس في خطر يصيبه بالقلق أو الحزن؛ وإذا كان بالإمكان إحداث أعراض خفيفة أثناء التجارب من خلال تلك المعالجة، فإن ذلك يمكن أن يمدنا بمعلومات حول أسباب الأعراض الأشد.

وفي نوع آخر من تلك الدراسات يتم اختيار المشاركين لأنهم يشبهون الأفراد المصابين باضطرابات معينة، فنجد على سبيل المثال أن هناك آلاف الدراسات التي أجريت على طلبة الجامعات الذين حصلوا على درجات عالية في الاستبيانات التي تقيس حدة القلق أو الاكتئاب.

وفي نوع ثالث يستخدم الباحثون الحيوانات لفهم السلوك الإنساني، فنجد مثلا أن الباحثين اكتشفوا أن الكلاب التي تعرضت لصدمات كهربية رغما عنها ظهر عليها الكثير من أعراض الاكتئاب بما في ذلك المؤشرات الظاهرية لليأس والسلبية Seligman, Maier, & Geer, 1968 . كما نجد أحيانا أن الباحثين المهتمين بدراسة اضطراب القلق في البشر يقومون بدراسة كيفية استخدام التشريط conditioning لجعل الحيوانات تخاف المؤثرات التي لم تكن تمثل لها تهديدا من قبل Grillon, 2002 . وقد ساعدت هذه

النماذج الحيوانية في فهم المزيد عن منظومات النواقل العصبية التي يمكن أن يكون لها دور في اضطرابات الاكتئاب والقلق عند البشر.

ويعد مدى صدق تجارب التناظر هو الطريق إلى تفسير هذه الدراسات؛ أي هل هناك تشابه جوهري بين العامل الشاق المستخدم في المعمل وموت أحد الوالدين أو غيره من العوامل الشاقة العصبية؟ وهل طلبة الكليات الذين يشعرون بالاكتئاب يشبهون هؤلاء الأفراد الذين تم تشخيص الاكتئاب عندهم إكلينيكيا سريريا ؟ وهل الخمول وقلة الأكل عند الفئران يشبهان أعراض الاكتئاب عند البشر؟. فهناك من يعارض هذا المنهج جملة وتفصيلا حتى عندما يحرص الباحثون على مناقشة حدود قابلية التعميم، فنجد مثلا أن "كوين" Coyne 1994 يرى أن الاكتئاب الإكلينيكي ذا الأعراض الظاهرة يرجع إلى سلسلة من التغيرات التي تختلف عن تلك التغيرات التي تسبب الكرب المعتاد، وكان "كوين" يقول بأن الدراسات المتناظرة التي تجرى على طلبة الجامعات تفتقر إلى مستوى مقبول من الصدق الخارجي.

ونحن نرى أن الدراسات المتناظرة يمكن أن تفيد كثيرا، إلا أننا نعتقد أيضا أن نتائج تلك الدراسات لابد من دراستها جنبا إلى جنب مع الدراسات التي لا تعتمد على الحالات المتناظرة. وكثيرا ما يعتمد العلم على مقارنة نتائج الدراسات التجريبية المتناظرة مع النتائج الخاصة بالدراسات الطولية أو الارتباطية. فنجد مثلا أن الدراسات المتناظرة أثبتت أن الأفراد المصابين بالاكتئاب تزداد الاستجابات السلبية لديهم تجاه عوامل المشقة النفسية التي يقوم الباحثون بتعريضهم لها معمليا حالة مناظرة للمشقة النفسية الحياتية ؛ وأثبتت دراسات الارتباط أن الأحداث الحياتية الكبرى تعد مؤشرات على الإصابة بدرجات إكلينيكية ذات أعراض ملحوظة من الاكتئاب فيما بعد. ولما كانت نتائج الدراسات الارتباطية والدراسات المتناظرة مكملة لبعضها البعض، فإن هذا التكامل يدعم بقوة نماذج الاكتئاب التي تعتمد على الأحداث الحياتية. ويمكن استخدام الدراسات المتناظرة لإجراء تجارب دقيقة ذات صدق داخلي مرتفع ؛ أما الدراسات الارتباطية فتمكننا من دراسة التأثيرات شديدة الأهمية التي لا يمكن معالجتها، مثل تأثير حالات الوفاة والصدمة ذات صدق خارجي مرتفع .

تجارب الحالة الواحدة Single-Subject Experiment: لقد ناقشنا حتى هذه اللحظة الأبحاث التجريبية التي تستخدم مجموعات من المشاركين؛ إلا أن التجارب لا تجرى دائما على المجموعات. ففي التصميم التجريبي للحالة الواحدة Single-Subject Experimental Design يقوم الباحث بدراسة كيفية استجابة كل شخص لعمليات معالجة بالمتغير المستقل. وتختلف تلك الخطط التجريبية عن دراسات الحالة التي تحدثنا عنها من قبل في أنها الخطط يمكن أن تكون ذا صدق داخلي مرتفع.

وتعد الدراسة التي أجراها "شوربيتا" Chorpita و"فيتالي" Vitali و"بارلو" Barlow 1997 مثالاً على أن دراسات الحالة الواحدة تعطينا بيانات دقيقة ومضبوطة. وفي تلك الدراسة قام الثلاثة بمعالجة فتاه تبلغ الثالثة عشرة من العمر، وتعاني رهاب الاختناق الخوف الشديد ، بحيث لم تعد قادرة على تناول الأطعمة الصلبة. وكان خوفها يشتد في بعض الأحيان حتى إنها كانت تصاب بتزايد سرعة ضربات القلب، وألم في الصدر، ودوار، وأعراض أخرى. وكانت أكثر الأطعمة التي تخشى تناولها هي الأطعمة الصلبة مثل الخضراوات النيئة.

وقام الباحثون بوضع خطة علاجية سلوكية لها تعتمد على أسلوب التعريض exposure. وخلال أول أسبوعين من العلاج قام الباحثون بقياس المعدلات القاعدية baseline ratings لمقدار الأطعمة المختلفة التي تناولتها، بالإضافة إلى قياس مستوى الانزعاج الذي تشعر به من تناول تلك الأطعمة. وتم تحديد معدلات الانزعاج باستخدام نوع من "مقياس وحدات الكرب الذاتي"Subjective Units of Distress Scale SUDS ، يتدرج من 0 إلى 9 . وشكل 4-6 يعطينا جدولا زمنيا لمعدلات الانزعاج عند الفتاة على مقياس SUDS وسلوكها الغذائي فيما يتعلق بكل فئة من الأطعمة. وفي الأسبوع الثالث طُلب منها تناول الأطعمة التي وصفتها بأنها أقل خطورة - مثل البسكويت والكعك - بمعدل ثلاث قطع يوميا، كل قطعة في أربع دقائق. وكان المعالجون يتمنون أن يؤدي تعريض الفتاه إلى الأطعمة التي تخشاها إلى تقليل حدة القلق لديها ؛ وهو أسلوب شائع لعلاج القلق. لكن بالرغم من هذا العلاج لم تتحسن معدلات الانزعاج على مقياس SUDS ولا معدلات استهلاك الأطعمة. وعندما تحدث الطبيب المعالج مع المريضة ووالديها اكتشف أن المريضة كانت تتناول فقط الحد الأدنى من الأطعمة بحيث لم تكن درجة تعريضها للمثير الذي تخشاه كافية. ولزيادة تعريضها للأطعمة أضاف الأطباء إلى البرنامج العلاجي أسلوب التعزيز reinforcement، حيث طلبوا من الوالدين إعطاءها الآيس كريم كمكافأة في نهاية أي يوم تستهلك فيه المريضة ثلاث وجبات على الأقل من الطعام المقصود. وفي خلال أسبوع تمكنت المريضة من تناول البسكويت والسيريل طعام من الحبوب يتم تناوله على الإفطار دون شعور بالكرب. ثم طلب منها الطبيب المعالج تدريجيا تناول الأطعمة التي تخشاها أكثر من سابقتها. ففي أحد الأسابيع طلب منها تناول الخضراوات الطرية، والمعكرونة، والجبن؛ ثم اللحوم في الأسبوع التالي؛ ثم الخضراوات النيئة، والسلطة، والفواكه الصلبة في الأسبوع الذي يليه. ويتضح من الرسوم البيانية التالية أنه عند تعريض المريضة لكل فئة جديدة من الأطعمة تناقصت معدلات الانزعاج لديها على مقياس SUDS خلال الأسبوع التالي؛ ولا يبدو أن هذه التأثيرات ترجع فقط إلى عامل الوقت أو إلى النضوج؛ فالقلق لم تخف حدته إلا بعد تعريض

المريضة لفئة الطعام الجديدة؛ فمن الصعب إرجاع الانخفاض المتكرر في حدة القلق إلى متغير آخر غير العلاج. وتمكن الأطباء المعالجون من الحفاظ على التقدم الذي تحقق من خلال عملية متابعة دامت 19 شهرا.

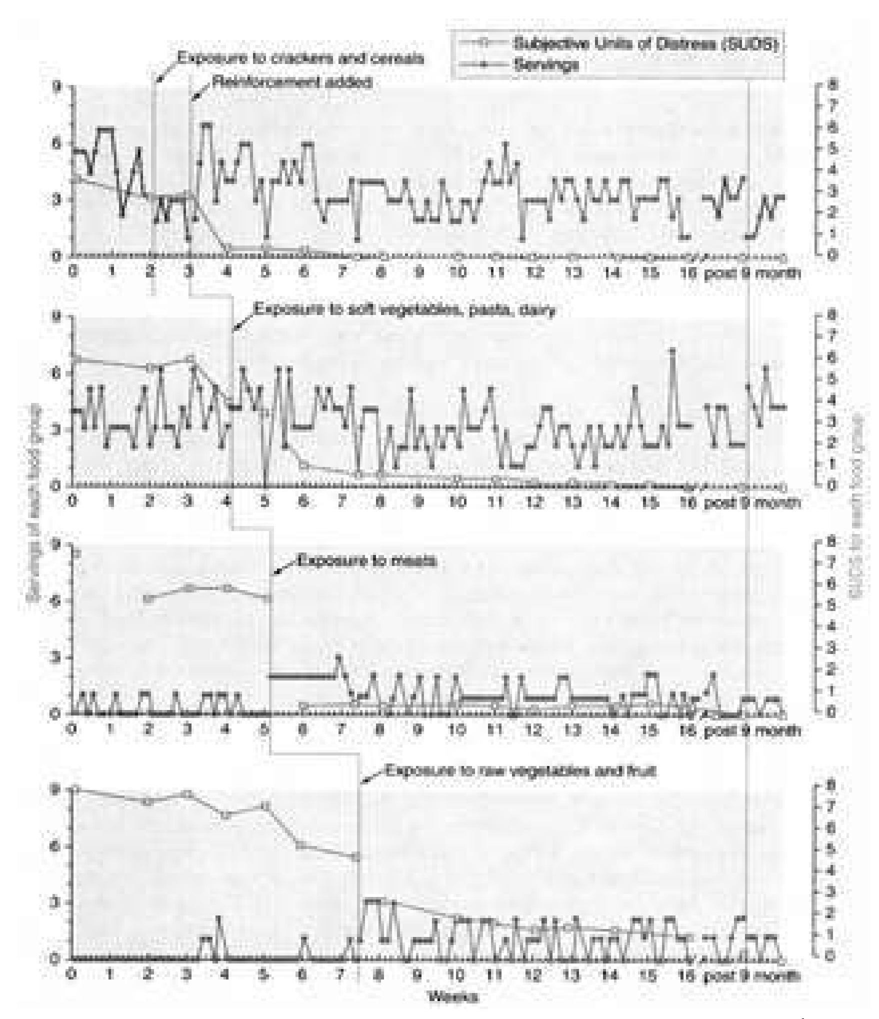
وفي أحد أنواع التصميم التجريبي للحالة الواحدة يتوجب على الباحثين تقييم سلوك المشارك بدقة بتسلسل معين؛ ويسمى هذا النوع التصميم العكسي Reversal Design أو خطة ABAB؛ وهذا هو التسلسل:

1- فترة زمنية مبدئية: الفترة القاعدية A .
2- فترة العلاج B .
3- إعادة الظروف الخاصة بالفترة القاعدية A .
4- إعادة معالجة بمتغيرات التجربة B .

وإذا اختلف السلوك خلال فترة إجراء التجربة عنه خلال الفترة القاعدية، وانعكس عند توقف العلاج، ثم انعكس مرة أخرى عند الشروع في العلاج ثانية، فإنه ما من شك في أن معالجة متغيرات التجربة هي التي أحدثت التغيير وليست عوامل عشوائية أو غير مضبطة. ونجد بالتالي أنه على الرغم من عدم وجود مجموعة ضابطة فإن المقارنات بين الفترات الزمنية تعد ضابطا يحكم معالجة متغيرات التجربة Hersen & Barlow, 1976 .

إلا أن الأسلوب العكسي reversal لا يمكن استخدامه في جميع الحالات لأنه قد لا يكون في الإمكان استعادة الحالة المبدئية للمشارك في التجربة. ولا تنسى أن معظم العلاجات تهدف إلى إحداث تغير دائم؛ وبالتالي فإن مجرد التوقف عن العلاج قد لا يعيد المريض إلى حالته قبل العلاج. ومعنى ذلك أن هذه الخطة التجريبية تكون قابلة للتطبيق عندما يكون الباحث على يقين من أن الآثار الناتجة عن معالجة بمتغيرات التجربة آثار مؤقتة.

ولعل أكبر العيوب في التصميم التجريبي للحالة الواحدة هو احتمال افتقارها إلى الصدق الخارجي. فنجاح أحد العلاجات مع حالة مفردة لا يعني بالضرورة أنه سيكون علاجا فعالا لغيرها من الحالات. فقد ترتبط نتائج التصميم بخصوصية فريدة عند الحالة الوحيدة التي قمنا بدراسة سلوكها. وكثيرا ما يقوم الباحثون بتقديم بيانات حصلوا عليها من خلال سلسلة محدودة من الحالات؛ وعلى الرغم من ذلك فمن الأهمية بمكان دراسة إمكانية تعميم النتائج على أفراد آخرين. ويمكن أن تساعد نتائج التصميمات التجريبية التي تجرى على حالات واحدة الباحثين في اتخاذ القرار حول مدى ضرورة إجراء الأبحاث على مجموعات أكبر من الأفراد. وتؤكد الجمعية الأمريكية لعلم النفس 1995 أن العلاج يُعد مدعمًا إمبريقيًا إذا جاءت النتائج فعالة عند المقارنة بين موقف الضابط بالتصميم التجريبي لتسع حالات فردية على الأقل.



شكـل 4-6: تأثيرات العلاج بالتعريض E والتعزيز E+R لرهاب الطعام في إطار تصميم تجريبي للحالة الواحدة. لاحظ التغيرات السريعة في معدلات SUDS عند تعريض المريضة لكل فئة جديدة من الطعام.

ملخص سريع:

تمثل دراسات ناتج العلاج أكثر التجارب شيوعًا في مجال علـم الـنفس المـرضي. وتركـز هذه الدراسات عـلى مـا إذا كانـت نتـائج العـلاج جيـدة. وتحـاول عـدد مـن المجموعـات

وضع معايير واضحة للبحث في علم النفس المرضي، وتلخيص الحالة الراهنة للمعرفة حول صدق العلاج النفسي. بوجه عام يناقش الباحثون أنه يجب استخدام كتيبات العلاج في أبحاث ناتج العلاج، مع وضع تعريف واضح للعينة، وتوزيع المشاركين بشكل عشوائي إما على مجموعة العلاج أو مجموعة المقارنة الضابطة، وتوفر مقاييس صادقة وثابتة لتقدير الناتج.

وقد أثير جدال كبير حول الظرف الضابط إما من خلال عدم تقديم علاج أو مجموعة الأثر الوهمي. وأثارت مخاوف من أن التقييمات من العلاجات ينبغي أن تولي اهتماما بالأفراد الذين يتضررون من خلال العلاجات.

تستخدم الدراسات المتناظرة التصميم التجريبي لدراسة الاضطراب النفسي. والمناهج الشائعة في الدراسات المتناظرة تشمل اختبار الأشكال المتوسطة أو المؤقتة للأعراض أو عوامل الاستهداف.

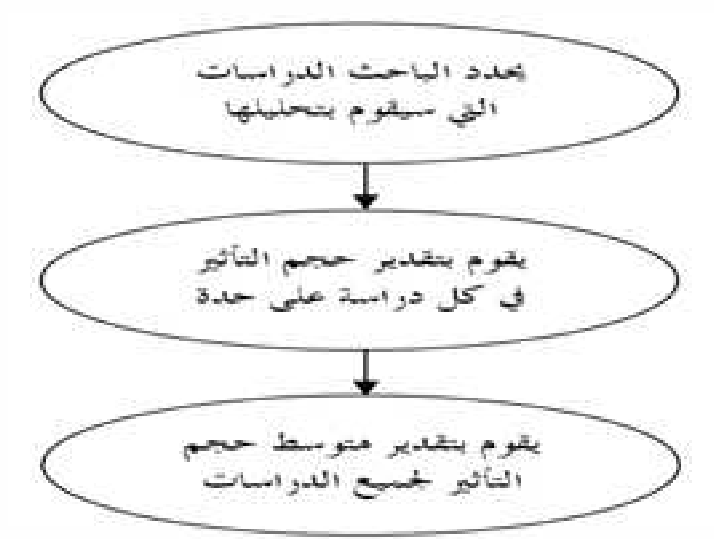
يلاحظ تصميمات التجريبية للحالة الواحدة تأثيرات معالجة المتغير المستقل لدى فرد واحد. وهذه التصميمات تتسم بالصدق الداخلي، أما صدقها الخارجي فهو يعاني انخفاضا.

دمج النتائج الخاصة بدراسات متعددة:

إن فهم عيوب ومزايا التصميمات البحثية المختلفة يجب أن يؤدي إلى استنتاج منطقي، وهو أنه لا توجد دراسة بحثية خالية من العيوب. فنحن نحتاج بالأحرى في كثير من الأحيان إلى مجموعة من الدراسات البحثية من أجل اختبار إحدى النظريات. وعند ظهور إحدى النتائج البحثية المهمة يكون أحد الأهداف الرئيسة لدى الباحث هو الحصول على نفس النتيجة ثانية من خلال إجراء الدراسة مرة أخرى، ومعرفة هل سيظهر نفس النمط من النتائج أم لا. وبمرور الوقت قد نجد عشرات الدراسات التي تتناول موضوعات مهمة. وسنجد في بعض الأحيان أن نتائج الدراسات المختلفة متشابهة، إلا أننا سنجد في الأغلب الأعم أن هناك اختلافات بين نتائج تلك الدراسات. وعلى الباحثين جمع البيانات التي تمدنا بها مختلف الدراسات من أجل التوصل إلى فهم عام لنتائج تلك الدراسات.

ولكن كيف يقوم الباحث بالتوصل إلى استنتاجات حول سلسلة من الدراسات؟ إن إحدى الطرق البسيطة للتوصل إلى استنتاجات عامة هي قراءة الدراسات المفردة والتفكير فيها مليا وتحديد ما تعنيه جملة وتفصيلا. إلا أن هذا الأسلوب لا يخلو من عيب معين، وهو أن تحيزات الباحث وانطباعاته الفردية يمكن أن تؤدي دورا مهمًا في تحديد طبيعة الاستنتاج الذي سيخرج به من الدراسة؛ فمن الشائع أن يقوم عالمان بقراءة الدراسات ذاتها والتوصل إلى استنتاجات مختلفة تماما عن بعضهما البعض.

لقد ابتكر الباحثون إجراء ما وراء التحليل Meta-Analysis كحـل جـزئي لهـذه المشـكلة Smith, Glass, & Miller, 1980 . وأول خطـوة في إجـراء مـا وراء التحليـل هـي اسـتعراض شامل للدراسات السـابقة بحيـث يـتم تحديـد جميـع الدراسـات ذات الصـلة بالموضـوع قيـد البحث. ولما كانت هذه الدراسات قد استخدمت بطبيعة الحـال اختبـارات إحصـائية مختلفـة فإن أسـلوب مـا وراء التحليـل يقـوم بتقيـيم جميـع النتـائج عـلى مقيـاس مشـترك باسـتخدام إحصائية تسمى حجم التأثير Effect Size. فنجد مثلا في الدراسات العلاجيـة أن حجـم التـأثير يعد منهجاً لتقنـين الاختلافـات في مـدى تحسـن الحالـة بـين المجموعـة العلاجيـة والمجموعـة الضابطة بحيث يمكن التوصل إلى متوسط لنتائج الكثير من الدراسـات المختلفـة. وشـكل 4-7 يقدم لنا ملخصا للخطوات المتبعة في إجراء ما وراء التحليل.



شكل 4-7: الخطوات المتبعة في إجراء ما وراء التحليل

وقد قام سميث Smith وزملاؤه في عام 1980 باستخدام إجراء مـا وراء التحليـل عـلى 475 من الدراسات الخاصة بنتائج العلاج الـنفسي والتـي أجريـت عـلى أكـثر مـن 25 ألـف مريض وتحتوي على 1700 حجم تـأثير؛ وقـد نشروا هـذا التحليـل في تقريـر كثـيرا مـا يـتم التنويه إليه؛ وتوصلت تلك المجموعة البحثية إلى اسـتنتاجات حـازت الكثـير مـن الاهـتمام وثار حولها بعض الجدل. وأهم الاستنتاجات التي توصلوا إليها أن العلاجات النفسية تـؤدي إلى تحسن الحالة المرضية أكثر من عدم تلقي العلاج ؛ فقد وجدوا على وجـه الخصـوص أن المـرضى الـذين تلقـوا العـلاج كانـت حـالتهم أفضـل مـن 80 بالمائـة تقريبـا مـن المـرضى

الذين لم يتلقوا العلاج؛ وقد أكدت التحليلات الفائقة التي أجراها باحثون آخرون بعد ذلك أن العلاج النفسي يبدو فعالا Lambert & Ogles, 2004 .

إلا أن هناك عددا من الباحثين الذين انتقدوا إجراء ما وراء التحليل. فالمشكلة الرئيسة في ما وراء التحليل هو أن الباحثين يقومون أحيانا بتحليل دراسات غير دقيقة. فنجد أن "سميث" وزملاؤه تعاملوا مع جميع الدراسات على أنها متساوية في أهميتها، بحيث تلقت الدراسات ذات النتائج غير المحكومة جيدا مثل تلك الدراسات التي لم يتم خلالها تقييم ما قام به المعالجون النفسيون بالفعل في كل جلسة علاجية ذات القدر من الاهتمام مثل الدراسات ذات النتائج المحكومة جيدا مثل تلك الدراسات التي قام خلالها المعالجون النفسيون باستخدام دليل يحدد الإجراءات المتبعة مع كل من المشاركين في الدراسة . وعندما حاول "سميث" وزملاؤه التغلب على هذه المشكلة من خلال المقارنة بين إحجام التأثير الخاصة بالدراسات المحكمة وتلك الخاصة بالدراسات غير المحكمة لم يجدوا اختلافا بينها، مما أدى إلى زيادة الانتقادات الموجهة إليهم بسبب المعايير التي قاموا باستخدامها في التفريق بينهما Rachman & Wilson, 1980 . وتوصل "أولوري" و"ويلسون" في عام 1987 إلى أن المشكلة الأكيدة هي أن الباحث عليه أن يحكم على مدى دقة الدراسة التي سيقوم بتحليلها وأن الباحثين الآخرين قد يُخَطِّئوا هذا الحكم. إلا أنه من المفترض أن يشتمل إجراء ما وراء التحليل على معايير واضحة لإدراج أو استبعاد الدراسات.

ويقدم جدول 4-8 مثالا آخر على إجراء ما وراء التحليل. في هذا التحليل دمج الباحثون نتائج 21 دراسة وبائية لانتشار الاضطرابات النفسية أجريت في أوروبا على مدى 12 شهرا Wittchen & Jacobi, 2005 . وخلال هذه الدراسات، أجريت مقابلة مع أكثر من 155 ألف مشارك. وكانت تقديرات الانتشار من دراسات مختلفة إلى حد ما متنوعة. وحاولت النتائج إعطاء تقدير أقوى لمدى انتشار الاضطرابات.

جدول 4-8 : مثال لإجراء ما وراء التحليل:
معدلات انتشار الاضطرابات النفسية عبر 21 دراسة أوربية

التشخيص DSM-IV	عدد الدراسات	العينة	نسبة الانتشار خلال 12 شهرا عبر العينة الكلية	مدى انتشار التقديرات في الدراسات المختلفة
الاعتماد الكحولي	12	60.891	3.3	6.6-0.1
الاعتماد على مادة غير المشروعة	6	28.429	1.1	2.2-0.1
اضطرابات ذهانية	6	27.291	0.9	2.6-0.2
اضطراب اكتئاب رئيس	17	152.044	6.4	10.1-3.1
اضطراب ثنائي القطب	6	21.848	0.8	1.1-0.2
اضطرابات القلق	12	53.597	1.6	3.1-0.7
اضطرابات الجسدية	7	18.894	6.4	11-1.1
اضطرابات الأكل	5	19.761	4.8	0.7-0.2

الملخص:

العلم والأساليب العلمية:

تشتمل العلوم على تشكيل نظرية وتطوير فرضيات تعتمد على النظرية. ومن ثم جمع البيانات لاختبار الفرضيات. ومن المهم للباحثين تكرار النتائج من دراسة معينة، الأمر الذي يتطلب أن تكون دقيقة عن الأساليب المستخدمة.

مناهج البحث في علم النفس:

هناك تصميمات متعددة في علم النفس المرضي تشمل: دراسة الحالات، الدراسات الارتباطية، الدراسات التجريبية. كل تصميم له نقاط القوة والضعف.

دراسات الحالة:

تقدم دراسات الحالة وصفا تفصيليا للظواهر النادرة أو الإجراءات القصصية. دراسات الحالة أيضا يمكن أن ترفض فرضية بأن الارتباط عالمي. ويمكن أن تولد فرضيات يمكن اختبارها من خلال البحث المحكم. ومع ذلك، قد لا تكون دائما صادقة، وأن لها قيمة محدودة في تقديم أدلة تدعم النظرية.

التصميم الارتباطي:

التصميمات الارتباطية هي من أكثر التصميمات شيوعا لدراسة أسباب السلوك الشاذ، لأننا لا نستطيع معالجة معظم عوامل الاستهداف الرئيسة في علم النفس المرضي،

ولا يمكننا معالجة التشخيص. والاستنتاجات المستخلصة من الدراسات الارتباطية لا يمكن أن يكون تفسيرها من حيث السبب والنتيجة.

التصميم التجريبي:

في المنهج التجريبي، يوزع الباحث المشاركين عشوائيا على المجموعة التجريبية أو المجموعة الضابطة، لدراسة أثر المتغير المستقل أو حالة تجريبية على المتغير التابع ثم يتم اختبارها. ودراسات العلاج هي مثال شائع من البحوث التجريبية. وتمثل دراسات ناتج العلاج ودراسات المتناظرة أكثر شيوعًا في مجال علم النفس المرضي. كما تعطي تصميمات التجريبية للحالة الواحدة بيانات محكمة ودقيقة.

دمج نتائج الدراسات المتعددة:

يمثل إجراء ما وراء التحليل أداة مهمة للوصول إلى استنتاجات من مجموعة من البحوث والدراسات. فإنه يستتبع وضع المقارنات الإحصائية من دراسات كل منها على حدة - حجم التأثير، ثم يلي ذلك حساب المتوسط.

الجزء الثاني
الاضطرابات النفسية

5

الفصل الخامس

اضطرابات المزاج

الفصل الخامس
اضطرابات المزاج

ترجمة
د/ هناء أحمد شويخ

الأهداف التعليمية ... أن تكون قادراً على:

1- وصف أعراض الاكتئاب والهوس، والأعراض التشخيصية للاضطرابات الاكتئابية، والاضطرابات ثنائية القطب، ومعدل انتشار هذه الاضطرابات.
2- مناقشة العوامل الجينية، والبيوعصبية، والاجتماعية، والنفسية التي تتسبب في اضطرابات المزاج.
3- تحديد العلاجات الطبية والنفسية لاضطرابات المزاج والتوجهات المعاصرة للعلاج بالصدمات الكهربائية.
4- تفسير معدل انتشار الانتحار، وعوامل الاستهداف البيوعصبية، والاجتماعية، والنفسية وعوامل الخطر المرتبطة بالانتحار.
5- وصف طرق الوقاية من الانتحار.

حالة سريرية: ماري Marry

ماري سيدة عمرها 38 عاماً، وهي أم لأربعة أطفال عانت اكتئابا شديدا لمدة شهرين قبل أن تتوجه لأخصائي نفسي، وقد عادت مضطرة منذ ثلاث سنوات للعمل بعد أن زادت قيمة فواتير الرعاية الصحية من صعوبة حال أسرتها التي تعتمد على دخل زوجها الذي يعمل مدرساً بمدرسة ثانوية، وكانت قد سرحت من وظيفتها كمساعد إداري قبل 7 شهور من توجهها للأخصائي النفسي، فكان الأمر مصيبة حلت على وضع أسرتها المالي، وقد أشعرها فقدان وظيفتها بالذنب، واستغرقت في ذلك حتى بدت عليها علامات انعدام الأهلية والعجز. وكانت تجاهد كل ليلة لما يزيد على ساعة كي تتمكن من النعاس، وأصبحت شهيتها ضعيفة مما أدى إلى فقدانها 10 كيلوجرامات من وزنها، وتبددت طاقتها وانخفض إقبالها على أداء أي من الأنشطة التي كانت تسعدها فيما مضى، وأصبح من المستحيل أن تقوم بالأعمال المنزلية الروتينية، وبدأ زوجها في الشكوى، فزواجهما قد بات متوترا منذ عامين، وقد أسهمت سلبيتها وافتقادها لطاقتها في زيادة الجدال، وختاما، حين بدت أعراض ماري خطيرة، سعى السيد م إلى إقناعها بتحديد موعد مع الأخصائي النفسي. ستقرأ عن نتائج علاج ماري لاحقا في هذا الفصل.

تشمل اضطرابات المزاج اضطرابات انفعالية معيقة - مثل الأسى البالغ والانعزال الناجم عن الاكتئاب إلى ذروة النشوة والهوس الجامح. سنبدأ في هذا الفصل مناقشة الوصف السريري

ومعدلات انتشار اضطرابات المزاج المختلفة، ثم نستعرض نظريات علاجها المتعددة، ونختتمه بتناول موضوع الانتحار والذي يرتبط إلى حد بالغ باضطرابات المزاج.

الوصف السريري ومعدل انتشار اضطرابات المزاج:

Clinical Description of Epidemiology of Mood Disorders

ميز الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الإصدار الخامس DSM5 بين فئتين رئيستين من اضطرابات المزاج، إحداهما تتضمن الأعراض الاكتئابية، والأخرى تتضمن أعراض الهوس واضطرابات ثنائي القطب. يوضح جدول 5-1 تلخيصاً لأعراض هذه الاضطرابات، وقد بدأنا بوصف علامات الاكتئاب، والمعايير المنهجية لتشخيص الاضطرابات الاكتئابية متضمنة الاضطراب الاكتئابي الرئيس، والاضطراب الاكتئابي المزمن، ومعدل انتشار وتبعات الاضطرابات الاكتئابية.

وبعد تناول الاضطرابات الاكتئابية، نعود للحديث عن الاضطرابات ثنائية القطبية، وفيها نصف علامات الهوس متبوعة بالمعايير المنهجية لتشخيص الاضطراب ثنائي القطب I، والاضطراب ثنائي القطب II ، واضطراب دورية المزاج Cyclothymic Disorder، ويلي ذلك تناول معدل انتشار وتبعات الاضطرابات ثنائية القطبية. وبعد إتمام تناول التصنيفات التشخيصية الرئيسة، فإننا سنتناول الفئات الفرعية وفق الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الإصدار الخامس والتي تستخدم كتوضيح أوسع للاضطرابات الاكتئابية والاضطرابات ثنائية القطبية.

وكما هو موضح بشكل 5-1 فإن الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الإصدار الخامس DSM5 قد تضمن الكثير من التغييرات، فقد تضمن هذا الدليل اضطراب تقلب المزاج التخريبي Disruptive Mood Dysregulation Disorder، وهو اضطراب اكتئابي تم تحديده حديثاً. وانتقل الاضطراب المزعج قبل الحيض Premenstrual Dysphonic Disorder من ملحق الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الإصدار الرابع لتتم دراسته في القسم المخصص للتشخيص. سنناقش بإيجاز مسببات اضطراب تقلب المزاج التخريبي، وأعراضه لدى الأطفال والمراهقين وذلك من خلال التوضيح قيد الاكتشاف 4-13 ، ولأن ما نعرفه لا يزال قليلا فقد أدرجنا المعيار التشخيصي راجع 132- 133 ، ولكننا لم نناقش هذين التشخيصين بتوسع.

الاضطرابات الاكتئابية Depressive Disorders :

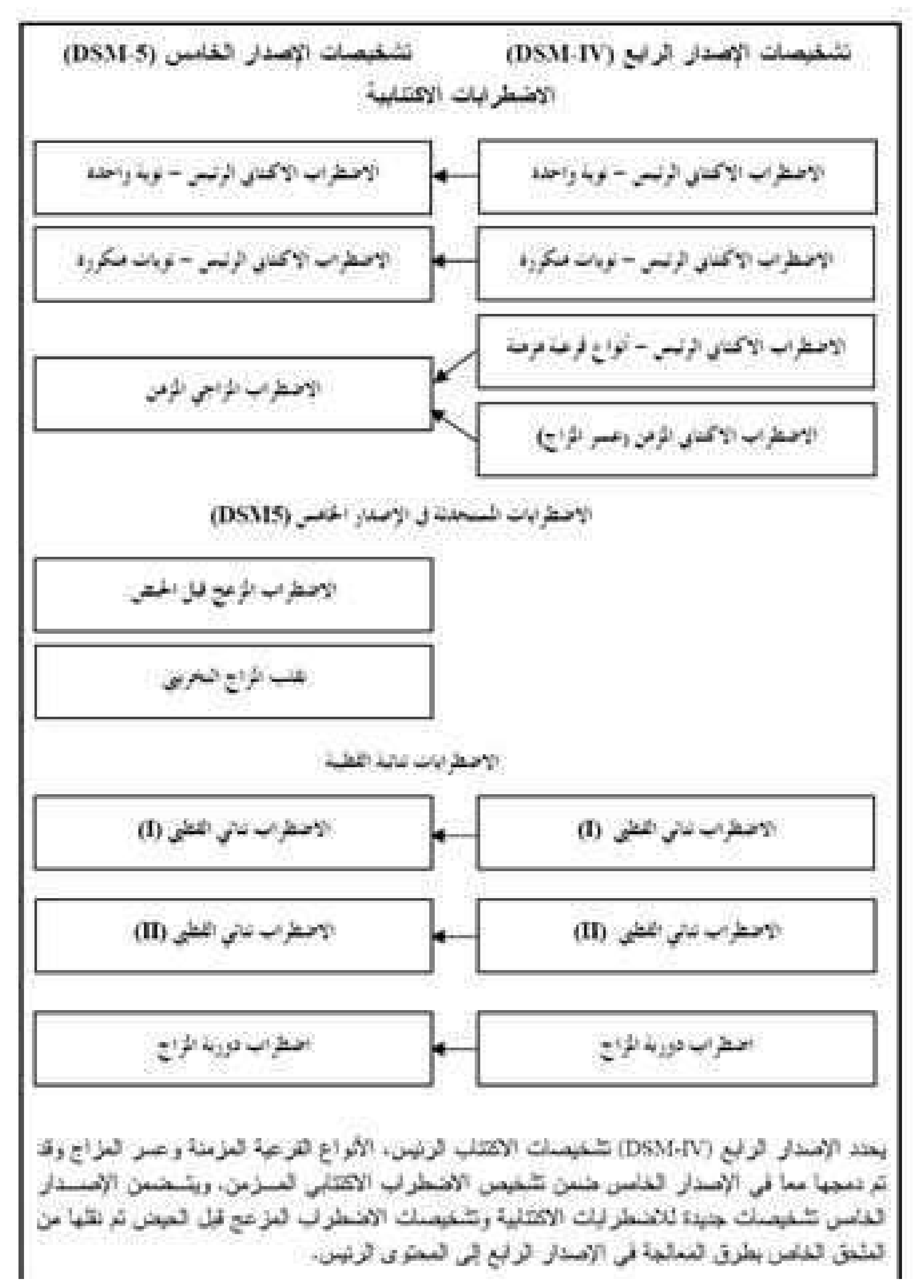
تتضمن الأعراض الرئيسة للاكتئاب الحزن الشديد و/ أو عدم القدرة على الشعور بالفرح. إن غالبيتنا قد شعرنا بالحزن أثناء حياتنا، وكثيرون منا قالوا إنهم "مكتئبون" مرة أو عدة مرات، ولكن غالبية هذه التجارب لم تكن بالشدة أو لم تطل مدتها بصورة تجعلها ممكنة التشخيص. كتب المؤلف وليام ستيرون 1990 William Styron واصفاً اكتئابه: "إنني كأي شخص آخر، فلطالما مررت بأوقات شعرت فيها بالغم الشديد، ولكن أن أشعر

بكل هذا مجتمعا فقد كان تجربة جديدة - فالقنوط، والجمود، وشلل الروح فاقوا أي شيء عرفته أو تخيلت وجوده".

عندما يعاني الناس اضطرابا اكتئابيا، فإن ما يتردد في رؤوسهم هو اتهامهم السلبي لأنفسهم، فكما هو الوضع في حالة "ماري" التي وصفناها في الحالة السريرية، فإنهم قد يركزون على نقائصهم وعجزهم، وقد يكون استدعاء الانتباه مرهقا لهم، إذ يجدون صعوبة في استيعاب ما يقرؤون أو يسمعون، وهم يرون الأشياء بصورة سلبية للغاية، ويميلون إلى التخلي عن الأمل.

جدول: 5-1 تشخيص اضطرابات المزاج

تشخيص DSM5	التغيرات الأساسية	الخصائص الرئيسة
الاضطراب الاكتئابي الرئيس	تتباين التشخيصات تبعا للأعراض المرتبطة بالحزن وسنتناول ذلك بمزيد من التفصيل.	خمسة أعراض اكتئابية أو أكثر بما في ذلك المزاج الحزين وفقدان الرغبة في الفرح لمدة أسبوعين.
الاضطراب الاكتئابي المزمن عسر المزاج Dysthymia	تم دمج الاضطراب الاكتئابي المزمن وعسر المزاج في هذه التشخيصات الجديدة.	تعكر المزاج، وظهور عرضين على الأقل من أعراض الاكتئاب لنصف المدة على الأقل خلال عامين.
الاضطراب المزعج قبل الحيض	نقلت من ملحق الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية - الإصدار الرابع.	أعراض اكتئابية أو جسدية قبل أسبوع من الحيض.
تقلب المزاج التخريبي	فئة جديدة تضمنها الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية - الإصدار الخامس.	تغيرات مزاجية حادة واهتياج ومزاج سلبي مزمن لمدة عام على الأقل وتظهر قبل سن العاشرة.
الاضطراب ثنائي القطبي I	تزداد الأنشطة أو الطاقة بصورة بالغة بما في ذلك أعراض الهوس.	نوبة واحدة على الأقل من الهوس خلال فترة الحياة.
الاضطراب ثنائي القطبي II	تزداد الأنشطة أو الطاقة بصورة بالغة بما في ذلك أعراض الهوس الخفيف hypomania.	نوبة واحدة على الأقل من الهوس الخفيف خلال فترة الحياة.
اضطراب دورية المزاج	معايير أكثر تحديدا.	تغيرات مزاجية متعاقبة من الانخفاض إلى الارتفاع خلال عامين على الأقل بدون ظهور أي أعراض للهوس الخفيف أو نوبات اكتئابية.



شكل 5 - 1 تشخيصات اضطراب المزاج

كذلك فإن الأعراض الجسدية للاكتئاب شائعة هي الأخرى، وهي تتضمن الشعور بالإرهاق وقلة الطاقة، وكذا الأوجاع والآلام الجسدية، وهذه الأعراض قد تكون بالغة إلى حد أن تقنع أصحابها بأنهم يعانون حالات طبية خطرة حتى وإن لم يكن لهذه الأعراض سبب جسدي محدد Simon, Von Korff, Piccinelli, et al., 1999 . وعلى الرغم من أن من يعانون الاكتئاب يشعرون غالبا بالإنهاك، إلا أنه قد يكون من الصعب عليهم أن ينعموا بالنوم، فنجدهم ما يستيقظون بين حين وآخر، وهناك آخرون ينامون أثناء النهار، أو قد لا يجدون للطعام مذاقاً أو يشعرون بفقدان الشهية، أو قد يصابون بالشراهة وتزداد شهيتهم، وتختفي الرغبة الجنسية، وقد يشعر البعض بتثاقل أعضائهم، وقد تتباطأ أفكارهم وحركاتهم نتيجة للتأخر النفسي الحركي Psychomotor Retardation ، في حين أن البعض قد لا يمكنهم الاستقرار في مواضعهم فينتشرون في المكان ذهاباً وإيابًا أو يتململون في جلستهم أو يعتصرون أياديهم الهياج النفسي الحركي Psychomotor agitation ، وعلاوة على هذه الأعراض الإدراكية والجسدية، فإن حس المبادرة قد يتلاشى، ويصبح الانسحاب الاجتماعي معتادا، ويفضل البعض الجلوس وحدهم صامتين، وقد يهمل بعض من يعانون الاكتئاب مظهرهم، وعندما يصبح الناس مغتمين واهني العزيمة وفاقدين للأمل، فإن ذلك قد يقود إلى الانتحار.



بعض الأشخاص المصابين بالاكتئاب تنتابهم صعوبة في الخلود إلى النوم أو استمرار نومهم، بينما ينام البعض منهم لمدة تزيد على عشر ساعات، ولكنهم يستمرون في الشعور بالإجهاد

معايير الإصدار الخامس للاضطراب الاكتئابي

المزاج الحزين وفقدان المتعة في الأنشطة المعتادة

- قلة النوم أو الإفراط فيه.
- إعاقة أو تثاقل في الجهاز النفسي الحركي
- فقدان الوزن أو تغير الشهية
- فقدان الطاقة
- الشعور بالتفاهة أو بالذنب الشديد
- صعوبة في التركيز أو التفكير أو اتخاذ القرار
- تكرار التفكير في الموت أو الانتحار

وتظهر الأعراض يوميا تقريبا لمعظم اليوم ولمدة لا تقل عن أسبوعين.

الأعراض مميزة، وتصبح أكثر حدة وترتفع من مجرد استجابة مؤقتة لتصبح خطرة.

معايير الإصدار الخامس للاضطراب المزعج قبل الحيض

أ - في معظم دورات الحيض خلال السنة الماضية، وعلى الأقل يصاحبها ظهور خمسة من الأعراض المذكورة في القسمين ب ، ج خلال أسبوع قبل حدوث الحيض، وتتزايد عند اقتراب حدوثه، وتصل إلى أدنى مستوياتها بعد أسبوع من انتهاء فترة الطمث.

ب- على الأقل واحدة من الأعراض التالية:

- قلة النشاط.
- حدة الطبع.
- مزاج محبط، اليأس، الانتقاص من الذات.

ج- على الأقل واحدة من الأعراض التالية:

- تضاؤل الاهتمام بالأنشطة المعتادة.
- صعوبة التركيز.
- فقدان الطاقة.
- تغير الشهية، الإفراط في الأكل، أو تجنب الأكل.
- الشعور بفقدان السيطرة والانفعال.
- أعراض جسدية مثل تقلص الثدي أو تورمه، أو آلام في المفاصل والعضلات، أو الانتفاخ أو زيادة الوزن.

تؤدي هذه الأعراض إلى اكتئاب واضح وخلل في الوظائف.

الأعراض لا تعتبر تطورا لأحد الاضطرابات المزعجة أو اضطراب الشخصية.

تتأكد هذه الأعراض من خلال قياس المعدلات اليومية خلال دورتي حيض.

تظهر الأعراض عند عدم تناول حبوب منع الحمل.

الاضطراب الاكتئابي الرئيس Major Depressive Disorder :

وفقا لتشخيصات الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الإصدار الخامس DSM5 فإن الاضطراب الاكتئابي الرئيس Major Depressive Disorder MMD يتطلب ظهور خمسة أعراض اكتئابية لمدة لا تقل عن أسبوعين، ولابد أن تتضمن هذه الأعراض المزاج الكئيب، أو فقدان الرغبة والعزوف عن الفرح، ووفقا لما هو موضح بمعايير الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الإصدار الخامس DSM5 فلابد من ظهور أعراض إضافية أخرى مثل الاضطراب في النوم والشهية والتركيز واتخاذ القرار، والشعور بالتفاهة والميل إلى الانتحار والهياج أو التأخر النفسي الحركي.



كريستن دانست Kirsten Dunst
وصفت حالتها بأنها اضطراب اكتئابي رئيس. إن واحدة من بين كل خمس نساء ينتابها نوبات اكتئابية خلال فترة حياتها

إن الاضطراب الاكتئابي الرئيس هو اضطراب عارضي Episodic Disorder، وذلك لأن الأعراض المرتبطة به تميل إلى الظهور خلال فترة زمنية معينة ثم تزول بعد ذلك، وبالرغم من أن هذه الحالات العارضة تميل إلى التلاشي بمرور الوقت إلا أن الحالات التي لا يتم علاجها والتعامل معها قد تمتد لفترة تصل إلى خمسة شهور أو أطول من ذلك، وفي نسبة قليلة من الناس قد يصبح الاكتئاب مزمناً- لا يعود الشخص إلى سابق عهده بصورة كلية، يمكن لبعض الأشخاص أن يتحسنوا فلا تنطبق عليهم معايير الاضطراب الاكتئابي الرئيس إلا أنهم يظلوا يعانون اكتئابا دون سريري Subclinical Depression نوات طويلة Judd, Akiskal, Maser, et al., 1998 .

وتميل الحالات العارضة الاكتئابية الرئيسة إلى التكرار، فبمجرد أن يبرأ الشخص من حالة عارضة، نجده عرضة للمرور بحالة أخرى، فنحو ثلثي من يصابون بحالة عارضة من الاكتئاب الرئيس يمرون بفترة عارضة أخرى على الأقل خلال فترة حياتهم Solomon, Keller, Leon, et al., 2000 . يصل متوسط عدد الفترات العارضة إلى أربع مرات Judd, 1997 . وفي كل فترة جديدة يعيشها الشخص تتزايد مخاطر إصابته بحالة أخرى بنسبة 16 بالمائة Solomon et al., 2000 .

وهناك جدال حول إذا ما كان الشخص الذي تظهر عليه الأعراض الخمسة لمدة أسبوعين كالشخص الذي تنطبق عليه معايير تشخيص الاضطراب الاكتئابي الرئيس

يختلف عن الشخص الذي لا تنطبق عليه سوى ثلاثة أعراض لمدة عشرة أيام كالشخص الذي تنطبق عليه معايير ما يسمى بالاكتئاب دون السريري، وقد أوضحت دراسة أجريت على التوائم أن الاكتئاب دون السريري ينبئ عن وقوع الاضطراب الاكتئابي الرئيس مستقبلاً وكذلك تحديد الأعراض المشتركة لدى التوائم، فعندما يصاب أحد التوأمين بالاكتئاب دون السريري، فغالبا ما يصاب كلاهما بحالة عارضة من الاكتئاب الرئيس Kendler & Gardner,1998 ، وقد تؤدي أعراض قليلة للاكتئاب إلى الضعف والاعتلال، ولكن لا يبدو أن مستويات هذا الاعتلال ترتفع عند ظهور المزيد من الأعراض الاكتئابية Judd, Akiskal, Zeller, et al., 2000 .

معايير الإصدار الخامس الاضطراب الاكتئابي المزمن عسر المزاج	معايير الإصدار الخامس لاضطراب تقلب المزاج التخريبي
مزاج مغتم معظم اليوم، ونصف الوقت خلال عامين، أو لمدة عام لدى الأطفال والمراهقين. وتظهر على الأقل اثنان من الأعراض التالية طوال فترة الحياة.... - ضعف الشهية، أو الإفراط في الأكل. - قلة النوم أو الإفراط فيه. - تحقير الذات. - انخفاض الطاقة. - صعوبة في التركيز أو التفكير أو اتخاذ القرار. - الشعور بالحزن. لا تظهر الأعراض لفترة تزيد على شهرين طوال فترة الحياة ——— ملحوظة: بخلاف الإصدار الخامس فإن الإصدار الرابع بعض نوبات اكتئاب رئيسة خلال العامين الأولين.	- اهتياج مزاجي حاد ومتكرر ويتضمن هذا تعبيرات لفظية وسلوكية تتخطى الحد المناسب والفترة المعتادة. - اهتياج مجازي غير ثابت وقابل للتطور. - تظهر نوبات الاهتياج المزاجي ثلاث مرات على الأقل خلال الأسبوع. - مزاج سلبي بين نوبات الاهتياج المزاجي يمكن ملاحظتها خلال معظم الأيام. - ظهور هذه الأعراض لمدة لا تقل عن 12 شهرا، ولا يقل استمرارها عن 3 شهور. - يظهر الاهتياج المزاجي والمزاج السلبي في بيئتين مختلفتين على الأقل في المنزل، في المدرسة، أو مع الأقران والأصدقاء وفي بعض الحالات الحادة يظهر في بيئة واحدة على الأقل. - السن 6 سنوات أو أكبر أو مستوى تطور مكافئ. - تظهر بداياته قبل سن العاشرة. - لا توجد فترة فاصلة تتخطى اليوم الواحد وخلالها يهدأ المزاج وتظهر على الأقل ثلاثة أعراض من أعراض الهوس. - لا تظهر سلوكيات بعينها خلال فترة الاضطراب الاكتئابي الرئيس ولا يمكن اعتبارها سببا لأي اضطراب عقلي آخر. - لا تظهر هذه الأعراض مع الاضطراب المعارض المتحدي Oppositional defiant disorder، أو الاضطراب الانفجاري المتقطع intermittent explosive disorder ، أو الاضطرابات ثنائية القطبية.

الاضطراب الاكتئابي المزمن عسر المزاج

Persistent Depressive Disorder Dysthymia

بالنسبة للأشخاص المصابين بالاضطراب الاكتئابي المزمن عسر المزاج فإن حالات الاكتئاب تستمر لدى ما يزيد على نصفهم لمدة عامين على الأقل، فيشعرون بالوهن أو يمتنعون عن الشعور بقليل من البهجة أثناء ممارسة الأنشطة والتسلية المعتادة. بالإضافة إلى ذلك فإن لديهم عرضين على الأقل من أعراض الاكتئاب.

ويميز الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الإصدار الرابع – المعدل DSM-IV-TR الاضطراب الاكتئابي الرئيس MMD المزمن عن عسر المزاج، لكن معايير الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الإصدار الخامس DSM5 لا تقر هذه التفرقة، علاوة على أن الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الإصدار الخامس DSM5 يمزج بين هذين النمطين المزمنين من الاكتئاب، وهذا ما يجعلنا نهتم بمدى استمرارية الأعراض، وهي على ما تبدو كمؤشر قوي للنتائج الضعيفة عوضا عن عدد الأعراض، فمن بين الذين ظهرت عليهم أعراض اكتئابية لمدة عامين على الأقل، فسواء الذين شهد تاريخهم أو لم يشهد اضطرابا اكتئابيا رئيسا يبدون متشابهين في الأعراض واستجابتهم للعلاج McCullough, Klein, Keller, et al., 2000 . كذلك فإن معايير الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الإصدار الخامس تلتزم بالنتائج التي خلصت إليها دراسة طولية، والتي قد وجدت أن 95 بالمئة من الأشخاص الذين يعانون عسر المزاج تتطور حالتهم إلى اضطراب اكتئابي رئيس خلال مدة عشر سنوات Klein, Shankman, & Rose, 2006 . إن مثل هذه النتائج توضح أنه ليس من المنطقي أن نحاول التفرقة بين هذين النمطين المزمنين من الاكتئاب.

معدل انتشار وتداعيات الاضطرابات الاكتئابية

Epidemiology and Consequences of Depressive Disorders

يعتبر الاضطراب الاكتئابي الرئيس واحداً من أبرز الاضطرابات النفسية، وأوضحت دراسة موسعة تقيس معدل الانتشار الوبائي أجريت في الولايات المتحدة الأمريكية أن 16.2 بالمئة من الناس تنطبق عليهم أعراض ومعايير الاضطراب الاكتئابي الرئيس عند فترة معينة من حياتهم Kessler, Berglund, Demler, et al., 2005 ، ويزيد ظهور الاضطراب الاكتئابي المزمن أكثر من ظهور الاضطراب الاكتئابي الرئيس بنحو 2.5% لدى الأشخاص الذين يعانون عسر المزاج وفق الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الإصدار الرابع - المعدل DSM-IV-TR Kessler et al., 2005 .

يتضاعف الاضطراب الاكتئابي الرئيس لدى النساء عما هو عليه عند الرجال راجع الاستكشاف 5-1 للمزيد من المعلومات حول أسباب هذا الاختلاف بين

الجنسين . كذلك فإن الوضع الاقتصادي-الاجتماعي يؤثر في الاضطراب الاكتئابي الرئيس، إذ تتزايد نسبته بين الأشخاص المنتمين لأسر فقيرة إلى ثلاثة أضعافه بين غيرهم Kessler et al.,2005 .

يتفاوت ظهور الاكتئاب بصورة ملحوظة بين الثقافات، وفي دراسة تناولت التعدد الثقافي، وتم استخدام نفس المعايير التشخيصية، واللقاءات في كل بلد، فظهر تفاوت الشعور بالاكتئاب ما بين 1.5 بالمئة في تايوان لترتفع إلى نسبة 19 بالمئة في بيروت بلبنان Weissman et al., 1996 ، وظهرت نتائج مشابهة في دراسة تناولت معدل الإصابة بالاكتئاب لدى 26000 شخص تلقوا الرعاية الأساسية من خلال أطباء الرعاية الأولية في 14 دولة Simon, Goldberg, Von Korff, et al., 2002 .

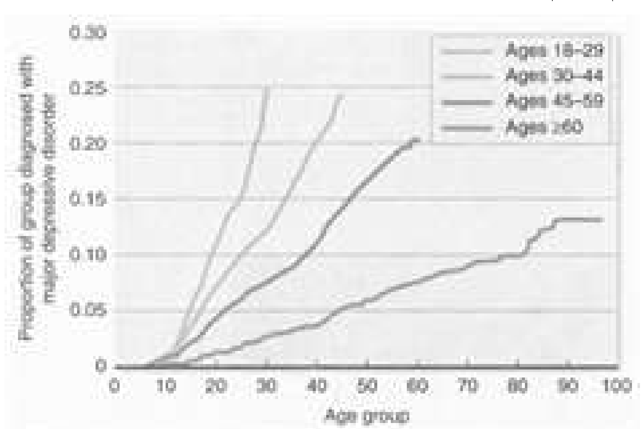
هناك دراسة أخرى خلصت نتائجها إلى أن الأشخاص الذين انتقلوا إلى الولايات المتحدة قادمين من المكسيك كانت لديهم نسب من الاضطراب الاكتئابي الرئيس وغيره من الاضطرابات النفسية أقل مما كان لدى المكسيكيين الذي ولدوا في الولايات المتحدة الأمريكية Vega, Kolody, Aguilar-Gaxiola, et al., 1998 . ومنذ ذلك الوقت استمر فريق البحث في متابعته النازحين إلى الولايات المتحدة، وخلصوا إلى أن معدلات الاكتئاب لدى هؤلاء النازحين تكون أقل مما هي عليه لدى المولودين في الولايات المتحدة Gonzalez, Vega, Williams, et al., 2010 ، ولكن لماذا؟ إن السبب هو ما يتسم به هؤلاء النازحون من مرونة جعلتهم قادرين على الهجرة، ووفرت لهم وقاية.

كذلك فقد أوضحت أعراض الاكتئاب بعض المتغيرات المتعلقة بالثقافة البينية، وهي ربما تكون ناتجة عن اختلاف المعايير الثقافية تجاه قبول التعبير عن المشقة الانفعالية، فعلى سبيل المثال فإن الأشخاص الذين يعيشون في كوريا الجنوبية تقل لديهم أنماط المزاج الحزين أو التفكير في الانتحار بصورة تفوق من يعيشون في الولايات المتحدة الأمريكية Chang, Hahm, Lee, et al., 2008 . تشيع الشكوى من العصبية والصداع لدى من ينتمون إلى الثقافة اللاتينية، وكذلك تشيع الشكوى من الضعف، والإرهاق، وصعوبة التركيز لدى من ينتمون إلى الثقافات الآسيوية، ومن جهة أخرى فإن أعراض هذه الاختلافات لا تكفي لتفسير اختلاف معدلات الإصابة بالاكتئاب في الدول المختلفة Simon et al., 2002 .

هناك اتجاه إلى افتراض أن الاختلافات في معدلات الإصابة في أي دولة يعتمد إلى حد كبير على ثقافتها، وهذا يوضح أن تفسير اختلاف معدلات الإصابة بالاكتئاب في الدول المختلفة هو أمر معقد للغاية، وكما هو موضح في جزئية الاكتشافات المهمة 5-2 فإن من بين هذه العوامل مدى الاقتراب من خط الاستواء، وقصر فترة النهار. كذلك فإن هناك ارتباطا بين الاكتئاب ونسبة ما يتناوله الإنسان من السمك، فالدول التي يتناول سكانها الكثير من الأسماك مثل اليابان وآسيلاندا تنخفض فيها معدلات الإصابة بالاضطراب الاكتئابي

الرئيس والاضطراب الاكتئابي ثنائي القطبية Hibbelen, Nieminen, Blasbalg, et al., 2006 . ومما لا شك فيه أن درجة الثراء والترابط الأسري يلعبان أيضا دورا مهماً في الإصابة بالاكتئاب.

لقد تزايدت معدلات الإصابة بالاضطراب الاكتئابي الرئيس في معظم الدول خلال منتصف وأواخر القرن العشرين Klerman, 1988 ، وفي ذات الوقت ينخفض متوسط المراحل العمرية. يوضح شكل 5-2 أن مراحل المجموعات العمرية التي تنتشر فيها الإصابة تقل من جيل لآخر في الولايات المتحدة، فالأشخاص في سن الستينات تقل نسبة من أصيب منهم باضطراب اكتئابي رئيس عند عمر 20 سنة عن 5%، بينما نجد أن هذه النسبة وصلت إلى 10% لدى من تتراوح أعمارهم ما بين 18-29 عاما، وأن هناك تزايداً لاحتمال الإصابة عند سن العشرين، ويبلغ متوسط العمر للمصابين بالاكتئاب أوائل العشرين من العمر، ولعل من أهم التفسيرات التي تبرر هذه النسب هو التغيرات الاجتماعية التي حدثت خلال السنوات المائة السابقة. إن الهياكل الداعمة - كالروابط العائلية والزواج المستقر التي كانت منتشرة في الماضي - تغيب عن الكثير من الناس حالياً، وحتى الآن لا تتوافر بيانات كافية حول الإصابة بالاكتئاب مبكراً، وبعيدا عن معدلات الانتشار، فإن أعراض الاكتئاب تتفاوت تبعا لدورة الحياة، فالاكتئاب لدى الأطفال قد يظهر في الشكوى الجسدية كالصداع وآلام المعدة، أما لدى الكبار فإن أعراض الاكتئاب غالبا ما تتسم بعدم القدرة وضعف الذاكرة.



شكل: 5-2 في كل جيل يتزايد متوسط الإصابة بالاكتئاب الرئيس كلما انخفض العمر. مقتبس من Kessler, Berglund, Demler, et al, 2003b نشرة الجمعية الأمريكية للطب JAMA, 289: 3095-3105.

وغالبا ما يرتبط الاضطراب الاكتئابي الرئيس والاضطراب الاكتئابي المزمن أو يتشاركان مع غيرهم من المشكلات النفسية الأخرى، إذ إن نحو 60٪ من الأشخاص الذين تنطبق عليهم معايير تشخيص الاكتئاب الرئيس خلال فترة حياتهم تنطبق عليهم أيضا أعراض اضطرابات وقلق عند فترة معينة Kessler, Berglund, Demler, et al.,

2003 ، راجع جزئية الاكتشافات 5-5 الواردة لاحقا بهذا الفصل للنقاش حول اضطرابات القلق، والاضطرابات الاكتئابية، ومن بين الظروف التي تؤدي إلى امتزاج الاضطرابات ما يتعلق بالاضطرابات المتعلقة بالمواد، الضعف الجنسي، والاضطرابات الشخصية.

إن للاكتئاب عواقب وخيمة، فكما سنناقش لاحقا، فإن الانتحار خطر حقيقي، كذلك فإن الاضطراب الاكتئابي الرئيس يعد أيضا واحدا من أهم مسببات الإعاقة في العالم Murray & Lopez, 1996 ، وهناك تقديرات تشير إلى أن الاضطراب الاكتئابي الرئيس مرتبط بفقدان في الإنتاجية تبلغ قيمته 31 مليار دولار أمريكي سنويا في الولايات المتحدة Stewart, Ricci, Chee, et al., 2003 ، كذلك يرتبط الاضطراب الاكتئابي الرئيس بمعدلات خطر عالية في المشكلات الصحية أيضا، بما في ذلك الموت من الأمراض الجسدية Mykletun, Bjerkeset, Overland, et al., 2009 . كما أن هناك دليلاً قوياً على أن الاكتئاب مرتبط بمجموعة نوبات حادة من أمراض القلب والأوعية الدموية Surtess, Wainwright, Luben, et al., 2008 ، راجع الجزئية الخاصة بالاكتشافات 5-3 للمزيد من النقاش حول ارتباط الاكتئاب بأمراض القلب.

وعلى الرغم من أن معايير تشخيص الاضطراب المزمن تتطلب ظهور أعراض تقل عما يتطلبه الاضطراب الاكتئابي الرئيس، فلا تحسب أن الاضطراب المزمن أقل حدة من الاضطراب الاكتئابي الرئيس، فقد خلصت إحدى الدراسات وفقا للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الإصدار الرابع - المعدل DSM-IV-TR إلى أن متوسط الفترة التي تظهر فيها أعراض عسر المزاج تزيد على خمس سنوات Klein et al., 2006 . إن التسلسل الزمني لهذه الأعراض يستغرق وقتاً، وفي واقع الأمر فإن دراسة تمت خلالها متابعة المرضى لمدة خمس سنوات قد خلصت إلى أن الأشخاص المصابين بعسر المزاج يكون أكثر ميلا من غيرهم للدخول إلى المصحات وتلقي العلاج بها، والإقدام على الانتحار، وتضعف وظائفهم الجسدية بصورة تفوق ما عليه الأشخاص الذين يعانون الاضطراب الاكتئابي الرئيس Klein, Schwartz, Rose, et al., 2000 .

أهم الاكتشافات 5-1

الاكتئاب والفروق بين الجنسين Gender Differences in Depression

تبلغ نسبة من يعانون الاكتئاب الرئيس من النساء ضعف ما هي عليه في الرجال، وهي ذات النسبة فيما يتعلق بضبط الاكتئاب وعلاجه وذلك وفق الكثير من الدراسات الموثقة في العديد من دول العالم بما في ذلك الولايات المتحدة الأمريكية، وفرنسا، ولبنان، ونيوزلندا Weissman & Olfson, 1995 ، ولكن هذه النسبة قد تتغير في بعض البيئات الثقافية، فعلى سبيل المثال فإن الفروق بين النوعين لدى اليهود لا تؤثر على هذه النسبة،

بل تبقى كما هي، ونجد أن الاكتئاب يشيع بين الرجال اليهود أكثر مما هو عند النساء اليهوديات Levav, Kohn, Golding, et al., 1997 ، ولكن بالنسبة لمعظم المجموعات العرقية والثقافية تظهر فروق واضحة فيما يتعلق بالإصابة بالاضطراب الاكتئابي الرئيس خاصة خلال مرحلة المراهقة سواء في بدايتها أو نهايتها، وقد يتعجب البعض أن هذه النتائج تعكس أن ظهور هذه الأعراض على الرجال هو الأقل، ولكن الواقع الفعلي لا يثبت ذلك Kessler, 2003 بينما تركز أبحاث كثيرة على العوامل الهرمونية التي يمكن أن تكون هي السبب في شيوع الإصابة لدى النساء، ولكن النتائج ظهرت مختلطة غير واضحة Brems, 1995 ، وتشير الأدلة إلى أن نسبة الإصابة بالاكتئاب لدى الجنسين تتفاوت وفق ثقافات وعادات الجنسين Seedat, Scott, Angermeyer, et al., 2009 . وهناك العديد من العوامل الاجتماعية والنفسية التي يمكنها أن تساعد في تفسير هذه الفروق بين الجنسين Nolen, Hoeksema 2001 .



لا يظهر الاختلاف بين الجنسين عند الإصابة بالاكتئاب إلا بعد مرحلة البلوغ، وفي هذه المرحلة تنتاب النساء اليافعات عديداً من مسببات الإجهاد النفسي والضغط بشأن ما يتعلق بدورهن في الحياة وهيئة أجسامهن، وتملن إلى اجترار المشاعر السلبية التي تنتج عن ذلك.

- يبلغ عدد الفتيات ضعف عدد الأولاد الذين يتعرضون للاعتداء الجنسي خلال مرحلة الطفولة.
- خلال مرحلة البلوغ تكون النساء أكثر عرضة لمسببات الضغط النفسي المزمنة أكثر من الرجال مثل الفقر والمسؤوليات الجسيمة.
- قد يؤدي قبول الدور الاجتماعي التقليدي للفتيات في زيادة الانتقاد الذاتي تجاه المظهر، فالفتيات البالغات يقلقن بشأن كل أجسادهن أكثر من الفتيان البالغين، وهذا العامل يرتبط بالاكتئاب Abramson & Hankin, 2001 .
- أحيانا يرتبط الدور الاجتماعي التقليدي باختيار أنشطة للإثابة التي تغفل الجانب "الأنثوي".
- قد يؤدي التعرض للمثيرات خلال فترة الطفولة والهرمونات الأنثوية إلى التغير في استجابة محور HPA، وهذا يؤدي بدوره إلى تغير بيولوجي يقود إلى الضغط النفسي.

- بالتركيز على الحصول على القبول والاحتضان في العلاقات البين شخصية التي غالبا ما تكون لدى المرأة، فقد يؤدي ذلك إلى تزايد ردة الفعل تجاه مسببات الضغط النفسي في العلاقات البين شخصية Hankin, Mermelstien, & Roesch, 2007 .
- يؤدي الدور الاجتماعي إلى خفض التعايش المرتكز على الانفعالات لدى النساء، وهذا ما يؤدي إلى إطالة فترات المزاج الحزين بعد مسببات المشقة النفسية الحادة، وعلى الأخص فإن النساء يملن إلى اجترار الأوقات المحزنة مما يتسبب في إصابتهن بالحزن نتيجة ما يمضينه من وقت في التساؤل عن أسباب وقوع هذه الأحداث. بينما نجد أن الرجال يقضون وقتا أطول في التفكير فيما يشتتهم أو يساعدهم على التعايش مثل ممارسة الرياضة أو الانخراط في أنشطة أخرى تأخذهم بعيدا عن المزاج الحزين، وكما سبق وأوضحنا، فإن هناك عددا كافيا من الدراسات قد أوضحت أن الاجترار يعمل على تزايد الاتجاه نحو المزاج الحزين.

وفي جميع الأحوال فإن الفروق بين الجنسين فيما يتعلق بالإصابة بالاكتئاب ترتبط بعوامل متعددة، وفي هذا الشأن فلابد أن نضع في اعتبارنا أن الرجال أكثر عرضة للأنواع الأخرى من الاضطرابات مثل إدمان الكحوليات والعقاقير وكذلك الاضطرابات الاجتماعية والشخصية Seedat et al., 2009 . لذا فإن فهم الفروق بين الجنسين في العلاج النفسي يتطلب دراسة العديد من عوامل الخطر والأعراض المختلفة.

أهم الاكتشافات 5-2

الاضطرابات الوجدانية الموسمية: الكآبة الشتوية

Seasonal Affective Disorder The Winter Blues

توضح المعايير الخاصة بهذا النوع الفرعي من الاضطراب الاكتئابي الرئيس بأنها معاناة الشخص من الاكتئاب خلال موسمي شتاء متتاليين، وتختفي الأعراض خلال فصل الصيف، ويظهر هذا الاكتئاب لدى من يعيشون في المناطق ذات الطقس الشمالي أكثر مما تظهر على الذين يسكنون في المناطق الجنوبية، فلا تزيد نسبة من يعانون هذا الاضطراب على 2 بالمائة من سكان منطقة فلوريدا المشمسة، أما من يعيشون في منطقة نيوهامبشير فإن 10٪ منهم ظهرت عليهم الاضطرابات الوجدانية الموسمية Rosen, Targum, Terman, et al., 1990 .

تقوم الثدييات التي تعيش في البرية، بتخفيض معدل الأيض خلال فصل الشتاء، وذلك كي يمكنها التغلب على ندرة الغذاء خلال هذه الفترة، وهناك بعض البشر ذوي الحظ السيئ الذين تحدث لديهم نفس الآلية والتي تساعد على ظهور الاضطرابات الوجدانية الموسمية، وهناك اعتقاد بأن الاضطرابات الوجدانية الموسمية مرتبطة بتغير مستويات الميلاتونين في

المخ. يمتاز الميلاتونين بحساسيته الفائقة تجاه دورة الضوء والظلام، ولا ينتشر إلا خلال فترات الظلام، وتظهر على المصابين بالاضطرابات الوجدانية الموسمية تغيرات كبيرة في مستويات الميلاتونين خلال فصل الشتاء بصورة تفوق غيرهم من الناس الذين لا يعانون الاضطرابات الوجدانية الموسمية Weher, Duncan, Sher, et al., 2001 .



تتلقى هذه المرأة علاجاً ضوئياً، وهو معالجة فعالة للمرضى الذين يعانون الاكتئاب الموسمي

ولحسن الحظ فإن هناك طرقاً عديدة لعلاج الاضطرابات الوجدانية الموسمية، وكما هي الحال في الأنواع الفرعية من الاكتئاب، فإن الاضطراب الوجداني الموسمي يستجيب للعلاج الدوائي بمضادات الاكتئاب والعلاج السلوكي المعرفي Rohan, Roecklein, Lindsey, et al., 2007 ، ويمكن التغلب على "كآبة الشتاء" بمجرد التعرض للضوء الساطع كل صباح لمدة 30 دقيقة وتناول الفلوكسين بروزاك Lam, Levitt, et al., 2006 ، وهناك ثمان دراسات عالية الجودة على الأقل اختبرت أثر الضوء الساطع في علاج الاضطراب الوجداني الموسمي Golden, Gaynes, Ekstrom, et al., 2005 ، وقد أسست هذه الدراسات لوضع التوصيات الخاصة بطرق العلاج لدى الجمعية الأمريكية للأطباء النفسيين فيما يتعلق بعلاج الاكتئاب، ومن ثم فقد أظهر العلاج بالضوء نجاحا في علاج الاكتئاب حتى لدى الذين لا يعانون الاضطرابات الوجدانية الموسمية Lieverse, Van Someren, Nielen, et al., 2011 .

أهم الاكتشافات 3-5

الاكتئاب وأمراض الأوعية القلبية Depression and Cardiovascular Disease

غالبا ما يحدث الاكتئاب بعد الإصابة بأمراض الأوعية القلبية، فعلى سبيل المثال فعند الإصابة بجلطة دماغية، فإن 30 بالمئة من المصابين يشعرون بالاكتئاب Teper & O'Brien, 2008 . إن أمراض الأوعية القلبية لا تساعد في التنبؤ بحدوث الاكتئاب فحسب ولكن يمكن العكس أيضاً إذ إن الاكتئاب يساعد في التنبؤ بالإصابة بأمراض الأوعية القلبية، وفي الواقع فقد قام باحث في إحدى الدراسات التحليلية الدقيقة بعرض نتائج 22 دراسة أوضحت أثر العوامل المختلفة على الإصابة بأمراض الأوعية القلبية، وفي هذه

الدراسات اتضح أن الاكتئاب يرتبط بنسبة 90 بالمئة في زيادة معدلات الإصابة بأمراض الأوعية القلبية مع مرور الوقت Nicholson, Kuper, & Hemingway, 2006 ، ويمكن ملاحظة تأثيرات الاكتئاب على أمراض الأوعية القلبية حتى لدى صغار السن Lee, Lin, & Tsai, 2008 . وأشارت دراسة استقصائية دقيقة أخرى إلى أن الاكتئاب مرتبط بتزايد مخاطر الوفاة نتيجة لأمراض الأوعية القلبية حتى بعد ضبط المؤثرات الخاصة بصحة الأوعية القلبية Brath, Schumacher, Herrmann, & Lingen, 2004 .

وهناك العديد من الأسباب التي تؤدي إلى ارتفاع معدلات الإصابة بالاكتئاب وأمراض الأوعية القلبية، وجميعها تتضمن الاستجابات المسببة للضغط النفسي وكذلك التغير في أداء النواقل العصبية، واضطراب الكورتيزول، ووظائف المناعة، واتزان نشاط نظام الأعصاب السمبثاوية والباراسمبثاوية Grippo, 2009; Wolkowitz, Epel, Reus, et al., 2010 ، ولا تزال هذه العمليات البينية تحتاج إلى مزيد من الدراسات الطولية.

وإضافة إلى فهم الآلية الرئيسة، فإن هناك أولوية لدراسة إذا ما كان من الممكن معالجة الاكتئاب من خلال طرق العلاج القياسية، فهناك العديد من الدراسات التي أثارت هذا التساؤل ومنها على سبيل المثال دراسة أجريت على ما يزيد على 2400 شخص يعانون جلطة القلب Myocardial infarction وظهرت عليهم أحد الأعراض المتوسطة للإصابة بالاكتئاب والذين خضعوا بطريقة عشوائية للعلاج السلوكي المعرفي أو العلاج الطبي المعتاد، فحتى إذا ما تلقى الشخص علاجا سلوكيا معرفيا فإنه يستمر في إظهار أعراض الإصابة بالاكتئاب بعد خمس جلسات مع إعطائهم مضاد الاكتئاب "سيرترالين" Sertraline، وقد أظهر التدخل المباشر فاعلية أكبر في خفض مستويات الاكتئاب من العلاج البلاسيبو Berkman, Blumenthal, Burg, et al., 2003 ، وتشير هذه النتائج إلى فاعلية العلاج في هذه المجموعة.

كذلك فقد اختبرت الدراسات طريقة عمل مضادات الاكتئاب وأثرها على هذه المجموعة، ولم ينصح بتناول مضادات الاكتئاب الثلاثية وذلك لأنها أدت إلى تضاعف مخاطر الإصابة بالجلطة القلبية مقارنة بالعلاج البلاسيبو المستخدم مع هذه المجموعة Cohen, Gibson, & Alderman, 2000 . وقد ظهرت نتائج أفضل عند استخدام مثبطات استعادة السيروتونين الانتقائية SSRIs مثل الفلوكستين بروزاك خاصة لدى الأشخاص الذين يعانون الاكتئاب بعد الإصابة بالجلطة القلبية، وعلى سبيل المثال، ففي دراسة أجريت على 369 شخصا تم اختيارهم بصورة عشوائية وأعطي لهم مضاد الاكتئاب "سيرترالين" Sertraline أحد مثبطات استعادة السيروتونين الانتقائية SSRIs أو الدواء البلاسيبو لمدة 24 أسبوعا، ظهر أن مضاد الاكتئاب "سيرترالين" Sertraline

كان أكثر فاعلية في علاج الاكتئاب الحاد والمتكـرر Glassman, O'Connor, Califf, & et . al., 2002

ومعظم الدراسة لم تكن متوسعة بشكل كلف لدراسة ما إذا كانت المعالجـة تعمـل عـلى تقليل أو منع الوفاة نتيجة لأمراض الأوعية القلبيـة Glassman & Bigger, 2011 ، وفي أحـد التحليلات الدقيقة الذي أجري على أشخاص تم إعطـاؤهم مضـادات الاكتئـاب بعـد إصـابتهم بجلطة قلبية، ظهر تحسن كبير في حالة المرضى وقلة معـدلات الاكتئـاب وأمكـن التنبـؤ بنجـاة المريض Carney, Blumenthal, Freedland, et al., 2004 ، وهذا يشـير إلى أهميـة تقـديم معالجة مكثفة للتأكد من الشفاء من الاكتئاب.

إن الهدف الرئيس هو مساعدة الفرق الطبية في علاج الاكتئـاب وتقـديم طـرق المعالجـة المناسبة، فكثير من الأطبـاء ينكـرون إصـابة مـريض القلـب بالاكتئـاب، ولا ينتبهـون لأعراضـه، ويحسبون أنه مجرد تعرض للضغوط النفسية نتيجة لتغير الحالة الصحية لهم. لـذا فـإن عـلاج الاكتئاب هو أحد الوسائل المهمة لإتمام العلاج الطبي.

الاضطرابات ثنائية القطبية Bipolar Disorders

يحدد الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الإصدار الخامس DSM5 ثلاثة أشكال من الاضطرابات ثنائية القطبيـة هـي: الاضطراب ثنائي القطبية I ، الاضطراب ثنـائي القطبية II ، واضطراب دورية المزاج. وتعتبر أعراض الهوس هي السمة المميـزة لكـل مـن هـــذه الاضـــطرابات، فالاضـــطرابات ثنائيـــة القطبية تتمايز فيما بينها مـن خـلال تحديـد مدى حدة وطول مدة ظهور أعراض الهوس.



مارجريت ترودو Margret Trudeau، زوجة رئيس كندا الأسبق، نادت بتحسين خدمات الرعاية الصحية العقلية منذ أن تم تشخيص حالتها على أنها إصابة بالاضطراب ثنائي القطبية.

يطلـــق عـــلى هـــذه الاضـــطرابات وصـف "القطبيـة" Bipolar لأن غالبيـة مـــن يعـــانون الهـــوس ينتـــابهم أيضـــا الاكتئاب، وخلال فترة حياتهم ينظـر إلى الهـوس والاكتئـاب عـلى أنهـما قطبـان متناقضان، ولا يحتاج تشخيص الإصابة بالاضطراب القطبي I أن يكون الشخص قد

مر بنوبة من نوبات الاكتئاب، ولكن تظهر الحاجة إلى ذلك عند تشخيص الاضـطراب ثنـائي القطبية II .

الهوس Mania: هو حالة من النشوة، أو التأثر الشديد الذي تصحبه أعـراض تشخيصـية، ويتصرف الناس أو يفكرون خلال نوبات الهوس بطرق غير معتـادة مقارنـة بحـالتهم السـائدة، فقد يصبحون أكثر ضجيجاً أو يسعون للفت الانتباه، وفي بعض الأحيان قد يمعنون في استخدام التورية أو إطلاق النكات أو استخدام الكلمات المسجوعة أو إبداء عجبهم تجاه مؤثرات قريبة منهم وتجتذب انتباههم كالحالة السريرية الخاصة بـ"واين" المذكورة فيما بعد، وهـؤلاء يكـون من الصعب مقاطعتهم، وهم يتنقلون بسرعة بين الموضوع والآخر، مما يعكس نوعا مـن صراع دفين بين أفكارهم، وخلال نوبات الهوس قد يصبح الشخص اجتماعيـا لدرجـة التطفـل، كـذلك فقد تتعاظم ثقته بنفسه، ولكن لسوء الحظ قد يقعون ضحية لتبعـات سـلوكهم هـذا، والـذي قـد يتضـمن تصرفـات جنسـية طائشـة، أو الإسراف، أو قيـادة السـيارات بشـكل متهـور، وقـد يتوقفون عن النوم لكنهم يبقون في حالة من النشاط، وعند محاولة الآخرين منعهم من القيام بذلك فقد تنتابهم حالات من الغضب أو الهياج، ويظهـر الهـوس فجـأة وقـد يسـتمر ليـوم أو يومين.

كذلك فقد تضمن الدليل التشخيصي والإحصـائي للاضـطرابات العقليـة الإصـدار الخـامس DSM5 توصيفا للهوس الخفيف hypomania - راجـع المعـايير التشخيصـية لنوبـات الهـوس والهوس الخفيف، وأصل اللفظ hypo يرجع إلى اللغة الإغريقية وهـي بادئـة معناهـا "دون" أو "تحت"، وهذا معناه أن الهوس الخفيف هو مستوى أدنى أو أقل حدة من مستوى الهـوس، وعلى الرغم من أن الهوس يتضمن خللا واضحا فإن الهوس الخفيـف لا يتضـمن هـذا، ولكــن الهوس الخفيف يتضمن تغيرا في الوظائف التي لا تؤدي إلى مشـاكل خطـيرة، فالشـخص الـذي يعاني الهوس الخفيف قد يشعر بأنه اجتماعي، ومجامل، ومتأجج، ومنتج.

الاضطراب ثنائي القطبي Bipolar I Disorder

يوضح الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الإصدار الخامس DSM5 المعـايير التشخيصية للاضطراب ثنائي القطبية I ، والذي كان معروفا قبل ذلـك باسـم الاضـطراب الاكتئـابي الهوسي Manic-Depressive Disorder والذي يتضمن حدوث إحدى نوبات الهوس خلال حيـاة الشخص، ولنلاحظ أن الشخص الذي يتم تشخيص حالته على أنها اضطراب ثنـائي القطـب I . قـد تظهر عليه علامات الهوس أو قد لا تظهر، وفي واقع الأمر فإن الشخص الذي ربما عانى الهوس لمـدة أسبوع واحد خلال العام السابق يستمر تشخيص حالته على أنه اضطراب ثنائي القطبيـة I ، وقـد تظهر المزيد من نوبات الاضـطراب الاكتئـابي الـرئيس أو ثنـائي القطبيـة. إن مـا يزيـد عـلى نصـف

الأشخاص الذين يعانون الاضطراب ثنائي القطبية I يمرون بـأربع نوبـات أو أكـثر Goodwin & Jamison, 1990 .

الاضطراب ثنائي القطبي Bipolar II Disorder



في كتابه "الفتى الكهربي" Electroboy أوضح آندي بريهمان Andy Berhman أن تشخيص الاضطراب ثنائي القطبية كان خاطئا طوال سنوات عديدة، وهذه مشكلة شائعة للغاية

كـذلك فقـد حـدد الـدليل التشـخيصي والإحصـائي للاضطرابات العقلية الإصدار الخامس DSM5 شكلا آخر من أشكال الاضطرابات ثنائية القطبيـة المتوسـطة، وأطلـق عليه الاضطراب ثنائي القطبية Bipolar II Disorder II، ولكي يمكننا تشخيص حالة بأنها اضطراب ثنائي القطبي II Bipolar II Disorder ، فلابد وأن يكون الشخص قد مـر بنوبة اكتئابية رئيسة واحدة على الأقل، ونوبة واحـدة مـن نوبات الهوس الخفيف.

اضطراب دورية المزاج Cyclothymic Disorder

ويطلـق عليـه أيضـا اسـم اضـطراب المـزاج الـدوري cyclothymia، وهذا النوع من الاضطراب يـأتي في المرتبـة الثانية من الاضطرابات المزمنة إذ يأتي الاضطراب الاكتئـابي المزمن في المرتبـة الأولى ومـن خـلال تشـخيص الاضـطراب الاكتئـابي المـزمن وفـق الـدليل التشـخيصي والإحصـائي للاضطرابات العقلية الإصدار الخامس DSM5 ، فإنه لابـد من ظهور الأعراض خلال سنتين على الأقل لـدى البـالغين - راجع المعايير التشخيصية، وفي اضطراب المزاج الدوري فإن الشخص قد تظهر عليه أعراض الاكتئاب بصـورة متكـررة ولكنهـا خفيفـة وذلـك بالتبـادل مـع أعراض الهوس، وعـلى الـرغم مـن أن الأعـراض لا تصـل إلى درجـة الحـدة أو الهـوس الخفيـف الملموس أو النوبات الاكتئابية، فإن الأشخاص الذين يعـانون هـذا الاضـطراب والقـريبين مـنهم يمكنهم تمييز حالات الارتفاع والانخفاض لديهم، فخلال فترات الانخفـاض قـد يشـعر الشـخص بالحزن، والأسى، والانسحاب من بين الناس، والنـوم لمـدة 10 سـاعات في الليلـة، وخـلال فـترات الارتفاع يشعر الشخص بالنشاط والإفراط في الثقة، وبأنه محب للعشرة والاخـتلاط، ولا يحتـاج إلا لقليل من النوم.

معدل انتشار وعواقب الاضطرابات ثنائية القطبية

Epidemiology and Consequences of Bipolar Disorders

الاضطراب ثنائي القطبية I أندر بكثير من الاضطراب الاكتئابي الرئيس، وفي دراسة لقياس معدل الانتشار والتي تضمنت مقابلات تشخيصية مع 61392 شخصا في 11 دولة، ظهر أن 6 من بين كل 1000 شخص 0.6٪ تنطبق عليهم معايير الإصابة بالاضطراب ثنائي القطبية I Merikangas, Jin, He, et al, 2011 ، ويظهر ارتفاع معدلات الإصابة بالاضطراب ثنائي القطبية في الولايات المتحدة بصورة تفوق غيرها من الدول الأخرى التي تمت دراستها، فعلى سبيل المثال، ففي الولايات المتحدة تصل نسبة المصابين بالاضطراب ثنائي القطبية I إلى واحد بالمئة Merikangas, Akiskal, Angst, et al, 2007 ، ومن الصعب تفسير النتائج التي أوضحت ارتفاع نسبة الإصابة بالاضطراب ثنائي القطبية في الولايات المتحدة. في دراسة أخرى طلب الباحثون من المعالجين النفسيين من الولايات المتحدة الأمريكية، والهند، والمملكة المتحدة مشاهدة أشرطة تسجيلات الفيديو لهذه المقابلات وتحديد مدى حدة الأعراض الهوسية، فظهر ميل المعالجين النفسيين من الولايات المتحدة الأمريكية والهند إلى اعتبار هذه الأعراض أكثر حدة عما رآه المعالجون من المملكة المتحدة، فيبدو أن الثقافة تحدد مستوى الميل إلى تصنيف السلوكيات كأعراض هوسية Mackin, Targum, Kalali, et al, 2006 .

من الصعب جدا تقدير انتشار الأنماط المتوسطة من الاضطراب ثنائي القطبية، وذلك لأن معظم المقابلات التشخيصية التي يتم استخدامها لا تتسم بالصدق والثبات، فعندما قام الباحثون بمقابلة الأشخاص الذين انطبقت عليهم معايير الإصابة بالاضطراب ثنائي القطبية II مستخدمين هيكل المقابلات السريرية تأكد ظهور الأعراض الأولية للإصابة بالاضطراب ثنائي القطبية 2 لدى ما يقل عن نصف الأشخاص الذين تمت مقابلتهم Kessler, Akiskal, Angst, et al, 2006 . الكثير من هؤلاء تم تشخيص حالاتهم على أنها أنماط أخرى من الاضطراب ثنائي القطبية، ونظرا لما قد تتوقعه من انخفاض صدق هذه النتائج، فإن تقديرات الانتشار تتفاوت وتتعدد، فهناك دراسات معدلات الانتشار التي تتم على نطاق واسع والتي ترى أن الاضطراب ثنائي القطبية II يؤثر على ما يتراوح بين 0.4٪ - 2٪ من الأشخاص Merikangas et al, 2007, 2011 ، وأشارت التقديرات إلى أن 4٪ من الأشخاص يصابون باضطراب دورية المزاج Regeer, Ten Have, Rosso, et al, 2004 .

إن ما يزيد على نصف المصابين بالاضطرابات ثنائية القطبية ظهرت عليهم الأعراض قبل سن الخامسة والعشرين Merikangas, et al, 2011 ، إلا أن هذه السمات لا تظهر عند الأطفال وصغار السن Kessler, et al, 2005 . تشيع الإصابة

بالاضطرابات ثنائية القطبية عند الرجال والنساء، إلا أن النساء أكثر عرضة من الرجال للإصابة بنوبات الاكتئاب Altshuler, Kupka, Hellemann, et al, 2010 . إن ثلثي الأشخاص الذين يتم تشخيص إصابتهم بالاضطراب ثنائي القطبية تنطبق عليهم معايير تشخيص اضطرابات القلق المختلط، ويقر أكثر من ثلثهم بأن لهم تاريخاً في إساءة استخدام العقاقير.

يعد الاضطراب ثنائي القطبية I من أشد الأمراض العقلية حدة، فثلث الأشخاص المصابين بالهوس يظلون بلا عمل لمدة عام بعد تلقيهم للعلاج بالمستشفيات Harrow, Goldberg, Grossman,et al, 1990 . أظهرت التقديرات أن الأشخاص الذين يعانون الاضطراب ثنائي القطبية لا يمكنهم القيام بالعمل لفترة تبلغ 25 بالمئة من الوقت Kessler et al., 2006 ، وترتفع معدلات الانتحار لدى المصابين بالاضطرابات ثنائية القطبية I ، II Angst, Stassen, Clayton, et al, 2002 . أوضح واحد من بين كل أربعة أشخاص من المصابين بالاضطراب ثنائي القطبية I ، وواحد من كل خمسة من المصابين بالاضطراب ثنائي القطبية II أن لديه تاريخاً مع الإقدام على الانتحار Merikangas et al., 2011 . إن الأشخاص الذين يعانون الاضطرابات ثنائية القطبية ترتفع لديهم معدلات الخطر حال إصابتهم بأمراض طبية بما في ذلك أمراض الأوعية القلبية، وداء السكري، والسمنة المفرطة، وأمراض الغدة الدرقية Kupfer, 2005 ، ولا يقتصر الأمر على ظهور مشكلات طبية بل تكون هذه المشكلات حادة في غالب الأحيان، فالأشخاص الذين يتلقون علاجا بالمستشفيات نتيجة للإصابة بالاضطراب ثنائي القطبية I تصل نسبة تعرضهم للوفاة جراء الأمراض الطبية إلى ضعف غيرهم ممن لا يعانون اضطرابات المزاج في سنة معينة Osby, Brandt, Correia, et al. 2001 . إن هذه العواقب المحزنة للإصابة بالاضطرابات ثنائية القطبية لا يمكن تمييزها بوضوح، فالهوس الخفيف مرتبط بالإبداع والإنجاز - راجع أهم الاكتشافات 5-4 .

إن الأشخاص المصابين بعسر المزاج يكونون أكثر عرضة لخطر الإصابة بنوبات الهوس والاكتئاب الرئيس، وحتى إذا لم تظهر نوبات واضحة للهوس فإن أعراض اضطراب دورية المزاج المزمن تظهر جلية.

معايير الإصدار الخامس لاضطراب المـزاج الدوري	معايير الإصدار الخامس لنوبات الهوس والهوس الخفيف
لمدة عامين على الأقل أو عام واحد لدى الأطفال أو المراهقين - نوبات عديدة من أعراض الهوس الخفيف والتي لا ترقى لمعايير تصنيفها كهوس خفيف. - نوبات عديدة من أعراض اكتئابية لا ترقى لمعايير - نوبات الاكتئاب الرئيس. - لا تظهر الأعراض لمدة تزيد على شهرين. - لا تظهر علامات الهوس الاكتئابي الرئيس أو الخفيف. - تؤدي الأعراض إلى الشعور بالضغط النفسي وخلل - وظيفي.	مزاج متقلب ما بين الرضا والسخط زيادة مفرطة في النشاط أو الطاقة. تتحدد ثلاثة أعراض من الأعراض التالية على الأقل بتخطيها للمستوى القياسي 4 أعراض في حالة المزاج المتقلب. - زيادة في أنشطة السعي لتحقيق الأهداف أو نشاط حركي نفسي زائد. - الثرثرة بصورة غير اعتيادية، التحدث بسرعة. - مقاومة الأفكار أو الإحساس الذاتي بأن الأفكار تتسارع. - الشعور بقلة الحاجة إلى النوم. - زيادة تقدير الذات، والاعتقاد بامتلاك ملكات أو قوى أو قدرات خاصة. - سهولة التشويش، وتحويل الانتباه بسهولة. - المشاركة المكثفة في الأنشطة التي تكون لها عواقب مؤلمة مثل الإسراف في إنفاق المال أو التهور الجنسي أو الاستثمارات غير الحكيمة. - تظهر هذه الأعراض خلال معظم اليوم، وتقريبا كل يوم. لنوبات الهوس - تستمر الأعراض لمدة أسبوع، يتوجب إدخال المريض إلى المستشفى أو العرض على طبيب نفسي. - قد تؤدي الأعراض إلى الشعور بضغط نفسي بالغ أو خلل بالوظائف. لأعراض الهوس الخفيف - تستمر الأعراض لمدة أربعة أيام على الأقل. - تظهر تغيرات في الوظائف يمكن للآخرين ملاحظتها ولكن لا يظهر أي خلل. - لا تظهر أي أعراض نفسية.

حالة سريرية: "واين" Wayne

"واين" Wayne خبير تأمين يبلغ من العمر 32 عاما، ومتزوج منذ ثمان سنوات، ويعيش مع زوجته وطفليه عيشة مريحة وهم سعداء في منطقة متوسطة الحال، ولم تظهر عليه أي أعراض حتى بلغ 32 عاما، وذات صباح أخبر "واين" زوجته أنه متفجر بالأفكار والطاقة التي تجعله يشعر أن وظيفته لا ترضي احتياجاته، وأنه يهدر مواهبه في هذه الوظيفة، وفي هذه الليلة لم ينم إلا لقليل من الوقت وأمضى معظم وقته جالسا إلى مكتبه وهو يكتب بسرعة. ثم غادر في صباح اليوم التالي متجها إلى عمله في موعده المعتاد ولكنه رجع عند الساعة 11.00 صباحا وكانت سيارته مكتظة بأحواض السمك وغيرها من الأدوات المستخدمة في تربية الأسماك الاستوائية، وكان قد استقال من عمله، وسحب كل الأموال التي ادخرتها الأسرة وأنفقها على شراء أحواض السمك الاستوائي ومعداته. أوضح "واين" أنه أمضى الليلة السابقة يفكر في طريقة لتعديل أحواض السمك الحالية بطريقة "تمنع موت السمك بعد الآن، وأنه سيصبح مليونيراً، وبعد أن أفرغ المعدات، بدأ يجوب المنطقة التي يسكن بها بحثاً عن المشترين المحتملين، وطاف يطرق الباب بعد الباب ويتحدث إلى أي شخص قد يستمع إليه.

كما أوضح "واين" أيضا أنه لم يسبق لأي فرد في عائلته أن عولج من الاضطراب ثنائي القطبية، ولكن أمه كانت قد مرت بفترات توقفت فيها عن النوم وأصبحت أكثر جرأة وحبا للمغامرة، وقد رأى معظم أفراد العائلة أن هذه النوبات لا تمثل مشكلة، ولكن في إحدى هذه المرات غادرت البلاد تاركة أطفالها ثم عادت بعد أن أنفقت قدراً كبيراً من المال، ويشير الجزء التالي من محادثة مع "واين" إلى تفاؤله وتهوره المفرطين:

المعالج: حسنا .. إنك تبدو سعيدا للغاية اليوم.

واين: سعيدا .. سعيدا .. لابد وأنك أكثر الناس تخابثا أيها الوغد الشرير .. قالها صارخا وهو يقفز من على كرسيه، لماذا، إنني أكاد أطير فرحا، فسوف أسافر إلى الشاطئ الغربي اليوم على دراجة ابنتي، فالأمر لا يتعدى 3100 ميل، وهي ليست شيئا يذكر، أتعلم أنه يمكنني أن أذهب سيرا، ولكني أريد أن أصل قبل بداية الأسبوع القادم، وفي الطريق قد أتصل بالكثير من الناس وأحدثهم عن استثماري في معدات السمك، وبهذه الطريقة سأتعرف إلى المزيد من الناس، فهل تعرف هذا أيها الطبيب، يا لها من مشاعر جميلة تلك التي أشعر بها.

أهم الاكتشافات 5-4

الإبداع واضطرابات الحالة المزاجية Creativity and Mood Disorders

مؤلفة كتاب متألق بالنيران: الاعتلال الهوسي الاكتئابي والمزاجية الفنية Touched With Fire: Manic-Depressive Illness And The Artistic Temperament 1992 .

"كاي جاميسون Kay Jamison" واحدة من الخبراء في مجال الاضطرابات ثنائية القطبية، وقد عانت طويلا اضطراب ثنائية القطبية I ، وجمعت في هذا الكتاب الكثير من الأدلة التى تربط بين اضطرابات الحالة المزاجية - خاصة اضطراب ثنائية القطبية - والإبداع الفني، وبالطبع لا نجد كل المصابين باضطرابات الحالة المزاجية، مبدعين، كما أن معظم المبدعين لا يعانون اضطرابات الحالة المزاجية. إلا أننا نجد أيضا مجموعة مثيرة للإعجاب من الفنانين، والملحنين، والكتاب الذين عانوا على ما يبدو اضطرابات الحالة المزاجية، من بينهم مايكل أنجلو، وفان جوخ، وتشيكوفسكي، وشومان، وجوا جوين، وتنيسون، وشيلي، وفولكنر، وهمنجواي، وف. سكوت فيتزجيرالد، وويتمان، وغيرهم، خلال السنوات الحالية أفصح العديد من الممثلين والممثلات عن تاريخهم مع الهوس، ومنهم: ستيفن فراي، كاري فيشر، ليندا هاميلتون.



عالمة النفس الشهيرة "كاي ريدفيلد جاميسون" Key Jamison في صورة لها عام 1993، وقد كتبت بغزارة عن الإبداع، واضطرابات المزاج صورة من تايم آند لايف Time & Life Pictures/ Getty Images.



قال فرانك سيناترا Frank Sinatra عن نفسه: كنت في عمر الثامنة عندما كنت مكتئبا مهووساً، وعشت حياة تضج بتناقضات عاطفية عنيفة، وكانت لدي قدرة فائقة على الشعور بالحزن وكذلك الشعور بالنشوة" ص218، سومرز Summers، A. & SwanK R. 2006 حياة "فرانك سيناترا" Sinatra: The Life، نيويورك فينتاج بووك NY: Vintage Books Getty Images. Inc.

يفترض الكثيرون أن حالة الهوس ذاتها تدعم الإبداع لأنها تجعل الشخص في حالة من الابتهاج، وتزيد من طاقته، وتمطره بالأفكار، وتعزز قدرته على الربط بين الأحداث

التي لا تبدو غير مرتبطة ببعضها البعض. لكن الهوس الحاد يقلل من الإنتاج الإبـداعي، وحتـى وإن تمكن الشخص مـن إنجـاز الكثـير مـن العمـل الإبـداعي خلال إحدى نوبات الهوس، فإن جودة ذلك العمل قد تتـأثر، ويبدو ذلك فيما حدث مع المؤلف الموسيقي روبرت شـومان Weisberg, 1994 . عـلاوة عـلى أن الدراسـات أثبتـت أن الذين عانوا نوبات من الهوس عادة ما يكونـون أقـل إبـداعا من الـذين عـانوا نوبـات الهـوس الخفيـف العـارض، كـما أن إنتاج كليهما عادة مـا يقـل عـن أفـراد العائلـة غـير المصـابين بالاضـطراب Richards, Kinney, Lunde, et al., 1988 . وهذه نتائج مهمـة، لأن كثـيرا مـن الـذين يعـانون اضـطراب ثنائيـة القطبيـة يخـافون أن تـؤدي الأدويـة إلى الحـد مـن قدراتهم الإبداعية. بل إن تقليل حدة أعـراض الهـوس يـؤدي إلى زيادة الإبداع وليس الإضرار به.



اضطرابات المزاج أمر شائع بين الفنانين والكتاب، وقد كان تشوفسكي Tchaikovsky مصابا بها Photo Researcher, Inc.

الأنماط الفرعية من اضـطرابات الاكتئـاب والاضـطرابات ثنائية القطبية

Subtypes of Depressive Disorders and Bipolar Disorders

تتميـز اضـطرابات المـزاج بالتفـاوت الشـديد؛ وذلـك أن مـن تشـخص إصـابتهم بـنفس الاضطراب قد تظهر علـيهم أعـراض مختلفـة للغايـة. ويتغلـب الـدليل التشـخيصي والإحصـائي للاضطرابات العقلية الإصدار الخامس DSM5 على هـذه المشـكلة مـن خـلال وضـع معـايير لتقسيم اضـطراب الاكتئـاب الـرئيس MDD والاضـطرابات ثنائيـة القطبيـة إلى مجموعـة مـن الأنماط الفرعية استنادا إلى أحـد معيـارين، هـما: الأعـراض المحـددة، أو الـنمط الـذي تتخـذه الأعراض بمرور الوقت - راجع جدول 5-2 للاطلاع عـلى قائمـة بالمحـددات المميـزة وتعريفاتهـا. الاضطرابات سريعة الدورة Rapid Cycling راجع الشكل 5-3 ، والمؤشرات الموسمية الفصلية تشير إلى أنماط الحالات بمرور الوقـت، بيـنما تشـير المـؤشرات الأخـرى إلى الحالـة سـواء كانـت اكتئاباً رئيساً أم هوساً، وجميع المؤشرات يمكـن تطبيقهـا عـلى الاضـطراب الاكتئـابي الـرئيس أو الاضطراب ثنائي القطبيـة باسـتثناء الاضـطرابات سريعـة الـدورة والتـي يـتم تشخيصـها ضـمن الاضطراب ثنائي القطبيـة فقـط، ويمكـن تطبيـق معظـم هـذه المـؤشرات عـلى حـالات الهـوس والاكتئاب، لكن مصطلح سوداوي melancholic يستخدم فقط في حالة نوبات الاكتئاب.

جدول 5-2 محددات الاضطرابات الاكتئابية والاضطرابات ثنائية القطبية

النمط الفرعي	اضطراب اكتئابي رئيس	اضطراب ثنائي القطبية	التعريف
النمط الموسمي	نعم	نعم	نوبات تحدث بانتظام خلال أوقات معينة من العام.
الاضطرابات سريعة الدورة	لا	نعم	على الأقل 4 نوبات خلال العام الماضي.
تضارب المزاج المرتبط بخصائص نفسية	نعم	نعم	الإيهام والخداع بأفكار تظل ثابتة مع الحالة المزاجية مثل الشعور بالذنب، المرض، أو أفكار الموت المرافقة للاكتئاب.
تقلب المزاج المرتبط بخصائص نفسية	نعم	نعم	الإيهام والخداع بأفكار لا تتماشى مع النوبات الاكتئابية أو نوبات الهوس.
سمات مختلطة	نعم	نعم	تظهر ثلاثة أعراض للهوس على الأقل خلال نوبات الاكتئاب أو أن تظهر ثلاثة أعراض اكتئابية على الأقل خلال نوبات الهوس.
الجامود أو التصلبي Catatonia	نعم	نعم	عدم القدرة الحاد على الحركة الجسدية أو الإفراط في الحركات الجسدية غير المألوفة.
الخصائص السوداوية	نعم	نعم في النوبات الاكتئابية	عدم الاستمتاع بأي نشاط، وعدم الشعور بالارتياح تجاه الأمور الإيجابية، ظهور ثلاثة أعراض اكتئابية أخرى على الأقل مثل تغير جودة المزاج، الأعراض الاكتئابية التي تظهر في أسوأ حالاتها في الصباح، الاستيقاظ قبل الموعد المعتاد بساعتين على الأقل، فقدان الشهية والوزن، الإعاقة الحركية النفسية، الاجترار، والشعور بالذنب.
سمات اعتيادية	نعم	نعم	تظهر أعراض غير معتادة سواء خلال النوبات الاكتئابية أو الهوسية.
فترة الولادة	نعم	نعم	تظهر مجموعة خلال فترة الحمل أو خلال أربعة أسابيع بعد الولادة.
الشعور بالهم	نعم	نعم	تظهر اثنان على الأقل من أعراض القلق.
شدة خطر الانتحار	نعم	نعم	ظهور أفكار أو خطط انتحارية أو أي مؤشرات خطرة أخرى.

حقق المؤشر الموسمي الخاص بالاضطراب الاكتئابي الرئيس قدراً من التأييد راجع جزء أهم الاكتشافات 5-2 لمزيد من النقاش، إلا أن المؤشرات الأخرى لم يتم تحديد مدى جديتها، فعلى سبيل المثال، فعلى الرغم من أن 14٪ من النساء تظهر عليهن أعراض اكتئاب ما بعد النفاس O' Hara & Swain, 199 ، فإن هذا النوع من الاكتئاب العارض لا يمكن مقارنته في إطار فترة الحياة كلها. كذلك فهناك مشكلات متعلقة بمؤشر الدورة السريعة، ففي دراسة طولية تبين أن 95٪ من الأشخاص الذين يعانون اضطرابات ثنائية القطبية سريعة الدوران عند قاعدة البحث، لا يستمرون في الدوران السريع بعد العام التالي Scheck, Miklowitz, Miyahara, et al., 2003 ، أما المثال الثالث فهو أن اضطرابات الاكتئاب الرئيس ذات السمات السوداوية، قد تكون مجرد نوع حاد من الاكتئاب، أي أن المصابين بالاكتئاب السوداوي تحدث لديهم نسبة أكبر من المشاركة المرضية مع اضطرابات القلق على سبيل المثال ، وتزداد نوبات الاكتئاب التي يتعرضون لها، ويزداد الخلل الذي يصيب أنشطتهم اليومية Kendler, 1997 ، وعلى الرغم من أن معظم هذه المحددات لا ترتبط بمسببات مميزة أو متابعة طويلة الأجل، فإنها قد تقترح أهدافاً تؤخذ في الاعتبار عند التخطيط للعلاج.

ملخص سريع:

يتضمن الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الإصدار الخامس DSM5 نوعين من اضطرابات المزاج: الاضطرابات الاكتئابية والاضطرابات ثنائية القطبية. تتضمن الاضطرابات الاكتئابية الاضطراب الاكتئابي الرئيس، والاضطراب الاكتئابي المزمن، بالإضافة إلى اضطرابين تم تحديدهما مؤخرا هما الاضطراب المزعج قبل الحيض، وتقلب المزاج التخريبي. بينما يتضمن الاضطراب ثنائي القطبية: الاضطراب ثنائي القطبية I ، الاضطراب ثنائي القطبية II ، واضطراب دورية المزاج. يتميز الاكتئاب الرئيس بالنوبات الحادة والتي تستمر لأسبوعين على الأقل، بينما يتميز الاضطراب الاكتئابي المزمن باستمراره لسنتين على الأقل.

يتم تشخيص الاضطراب ثنائي القطبية I اعتمادا على نوبة واحدة من الهوس طوال فترة الحياة، أما الاضطراب ثنائي القطبية II فيتم تشخيصه تبعا لحالة الهوس الخفيف والاضطراب الرئيس. أما اضطراب دورية المزاج فيعرف بأنه تبدل متكرر بين أعراض الاكتئاب المتوسط، وأعراض الهوس التي تستمر لمدة عامين.

تستخدم محددات اضطرابات المزاج للتفرقة بين الأنماط المختلفة من الأعراض، وتتحدد المحددات الموسمية أو سريعة الدورة تبعا لأنماط النوبات بمرور الوقت، وهناك محددات أخرى تستخدم لتحديد الخصائص المميزة للنوبة الحالية وهذا يتضمن توافق أو

عدم توافق المزاج مع الخصائص النفسية، والسمات المختلطة، والجامود والتصلبي، وفترة الولادة، والقلق والشعور بالهم وشدة خطر الانتحار وكذلك للتفرقة بين الاكتئاب والسوداوية.

الاضطراب الاكتئابي الرئيس هو أكثر أنواع الاضطرابات النفسية شيوعاً، إذ إن الاضطراب ثنائي القطبية I لا يؤثر إلا في 1٪ أو أقل من عدد السكان، ويؤثر الاضطراب الاكتئابي الرئيس في النساء بضعف ما يؤثر في الرجال، ومعظم الأشخاص المصابين بالاضطراب الاكتئابي الرئيس قد يصابون بنوبات أخرى. كذلك فإن الاضطراب ثنائي القطبية يتكرر حدوثه في غالب الأحيان بصورة تفوق تكرار الاضطراب الاكتئابي الرئيس، ونحو 50٪ ممن يعانون الاضطراب ثنائي القطبية I قد يمرون بأربع نوبات أو أكثر.

أسباب اضطرابات الحالة المزاجية Etiology of Mood Disorders

عندما نفكر في الحالات المتضادة الشديدة التي تجسدها اضطرابات الحالة المزاجية، فمن الطبيعي أن نسأل عن سبب حدوثها. فكيف يمكن أن نفسر غرق "ماري" في أعماق الاكتئاب؟ وما العوامل التي اجتمعت وقادت "واين" إلى حالة من الهياج والطموحات غير الواقعية؟ تركز الدراسات التي تتناول أسباب هذه الاضطرابات على سبب ظهورها، ولا يوجد سبب منفرد يفسر ظهور اضطرابات الحالة المزاجية، بل هناك عدد متنوع من العوامل التي تجتمع معا كي تفسرها.

بينما تحدد المعايير التشخيصية عدداً متنوعاً من الاضطرابات الاكتئابية والاضطرابات ثنائية القطبية، فإن الأبحاث التي أجريت على أسباب وعلاج اضطرابات الحالة المزاجية تركز عادة على اضطراب الاكتئاب الرئيس، واضطراب ثنائية القطبية I ، ولتبسيط الأمر فقد أشرنا إلى هذه الاضطرابات باسم اضطراب الاكتئاب وثنائية القطبية على مدى الجزء المتبقي من هذا الفصل.

سوف نبدأ بمناقشة العوامل البيوعصبية الحيوية العصبية المتضمنة الاضطراب الاكتئابي وثنائية القطبية، وسنناقش العوامل الاجتماعية النفسية التي تنبئ عن الإصابة بالاكتئاب مستقبلاً، ثم نتعرض للنماذج الاجتماعية النفسية الخاصة باضطراب ثنائية القطبية.

العوامل البيوعصبية في اضطرابات الحالة المزاجية

Neurobiological Factors in Mood Disorder

يوضح جدول 5-3 أن هناك الكثير من المناهج المختلفة المتبعة لفهم طبيعة العوامل البيوعصبية المرتبطة باضطرابات الحالة المزاجية، وسوف نناقش في هذا الجزء

الأبحـاث الوراثيـة؛ والأبحـاث المتعلقـة بالنواقـل العصـبية وتصـوير المـخ والمنظومـة العصـبية الصماوية..

العوامل الوراثية Genetic Factors

أثبتت الدراسات الدقيقـة التـي أجريـت عـلى التـوائم أحاديـة اللاقحـة MZ المتماثلـة، وثنائية اللاقحـة DZ غـير المتماثلـة قابليـة توريـث اضـطراب الاكتئـاب الـرئيس بنسـبة 37٪ Sullivan, Neal, & Kendler, 2000 ، وهذا مفاده أن 37٪ مـن احـتمال الإصـابة بالاكتئـاب تقع مسؤوليته على الجينات، وتزيد قابلية التوريث عند دراسة حالات اكتئاب أكثر شـدة مـثلا عنـد اختيـار المشـاركين في الدراسـة مـن بـين مـرضى المستشـفيات النفسـية ولـيس العيـادات الخارجية، وبعيدا عن دراسات التوائم، فإن إحـدى دراسـات التبنـي محـدودة النطـاق أثبتـت وجود نسبة متوسطة من قابلية التوريث في اضطراب الاكتئاب الـرئيس Wender, Kety, et al., 1986 .

إن اضطراب ثنائي القطب هو أكثر الاضطرابات قابلية للتوريث، وهنـاك كثـير مـن الأدلـة التي استخلصت من دراسات، وتتضمن الدراسات الدقيقة التـي تجـرى عـلى التـوائم دراسـات مجتمعية حيث تكون هناك عينة من المبحوثين أثناء إجراء المقابلات ولا تركز على من يرغبون في العلاج فقط، والذين ربمـا يعـانون حـالات اضـطراب أشـد حـدة مـن أولئـك الـذين لم تـتم معالجتهم، وقد أوضحت عينة ختامية اعتمدت على مجموعة من التوائم والتي استخدم فيهـا أسلوب المقابلة الشخصية للوقوف على تشخيص الأعراض الناتجة عن الوراثة، أن هذه النسـبة تصل إلى 93٪ Kieseppa, Patonen, Hukka, et al., 2004 ، وتؤكد دراسات التبنـي أهميـة عامل الوراثة في الاضطرابات ثنائية القطبية مثل وينـدلر Wender et al., 1986 ، وكـذلك أن الاضطرابات ثنائية القطبية II ترتبط ارتباطا ملحوظًا بالوراثـة Edvardsen, Torgersen, Roysamb, et al., 2008 ، إلا أن النماذج الوراثية لا تفسر توقيت ظهور أعـراض الهـوس، لـذا فهناك عوامل أخرى يمكن استخدامها للتحديد الفوري لهذه الأعراض.

هناك قدر كبير من الاهتمام بتحديد جينات بعينها المرتبطة باضطرابات المزاج من خـلال الأبحاث الجينية راجع الفصلين 2، 4 للاطـلاع عـلى هـذه الطـرق، ويجـب أن تعـرف أن هنـاك المزيد مما لم يتم ذكره، فعلى سبيل المثال، فإن التحليـل الـدقيق للاضـطرابات ثنائيـة القطبيـة والاضـطراب الاكتئـابي الـرئيس، فقـد حـدد "كـاتو" 166 2007 Kato جينـاً ومواقعهـا عـلى كروموسومات محددة ترتبط بالاضطرابات ثنائية القطبية، والاضطراب الاكتئـابي الـرئيس، وقـد اتضح أن 6 جينات من 166 جينـا قـد ذكـرت فـيما يزيـد عـلى 75 بالمئـة مـن الدراسـات ذات الصلة.

ويزيد عدم الاستقرار هذا من الصعوبات، وذلك لأن النتائج الإيجابية هي الأكثر نشراً، بينما يتم السكوت عن النتائج السيئة، وقد اتخذ "سيجيردو" Seguardo وزملاؤه 2003 خطوة إضافية لتفادي الاعتماد على ما يتم نشره، وسواء كانت التحليلات السابقة قد تضمنت البيانات المنشورة فإنه يمكن تصنيفها ضمن 18 مجموعة من البيانات، وقد تضمنت كل منها ما يزيد على 20 سمة تتأثر بالاضطراب ثنائي القطبية وذلك حتى يمكن تحليل النتائج حتى النتائج السلبية أو غير المنشورة حول المناطق الجينية المرتبطة بالاضطراب ثنائي القطبية، وقد وفرت هذه الدراسات أقوى تأكيد على وجود ثلاث من 120 منطقة جينية ترتبط بالاضطراب ثنائي القطبية.

جدول 5-3 : ملخص للفرضيات البيوعصبية حول اضطراب الاكتئاب الرئيس واضطراب ثنائية القطبية

	اضطراب الاكتئاب الرئيس	اضطراب ثنائية القطبية
العوامل الوراثية	متوسط	مرتفع
الخلل الوظيفي في منظومة النواقل العصبية	- خلل في مستقبلات السيروتونين - تغيرات محتملة في مستقبلات الدوبامين ضمن منظومة الثواب.	- خلل في مستقبلات السيروتونين - احتمال دخول مستقبلات الدوبامين في منظومة الثواب.
الكورتيزول	مرتفع	مرتفع
تصوير المخ	- تغيرات في القشرة قبل الجبهية الجانبية الظهرانية وفي اللوزة، وفي الحصين، وفي الحزام الأمامي الظهراني.	- نفس التغيرات في حالة اضطراب الاكتئاب الرئيس. - انخفاض حجم رفاء النواة حيث ينتج السيروتونين.

وحتى هذه المناطق الثلاث لم يتم ذكرها إلا في 10 دراسات من 18 دراسة، ويجب الحذر من النتائج الإيجابية، فيبدو أن عدم الارتياح هو القاعدة وليس الإفراط في التطلعات.

وبرغم التعقيدات في هذه المنطقة، إلا أن هناك نوعاً من ثبات الأنماط في الدراسات التي تناولتها، وسوف نناقش هذه النتائج فيما بعد والتي تشير إلى البوليمورفيم الخاص بالجين الناقل للسيروتونين قد يؤثر على قابلية الإصابة بالاكتئاب عند وقوع أحداث حياتية محزنة. علاوة على هذا فإن هناك أدلة على أن هناك جينا يؤثر على وظيفة الدوبامين.

كما أن جين DRD-4.2 مرتبط بالاضطراب الاكتئابي الرئيس وذلك وفق ما أوضحته الدراسة التحليلية التي شملت 917 مريضا، 1164 شخصا في العينة الضابطة، وقد اتضح أن الاضطراب الاكتئابي الرئيس يشيع لدى الأشخاص الذين لديهم تعدد شكلي البوليمورفيم في جين DRD-4.2 Lopez, Loen, Croes, Sayed-Tabatabaei, et al., 2005 ، وهذه النتائج تساعد في فهم الطريقة التي يرتبط بها خلل النواقل العصبية بتطور اضطرابات المزاج.

ولأن اضطرابات الحالة المزاجية تتميز بعدد هائل من الأعراض المختلفة، فإن معظم الباحثين يرون أن السبب في هذه الاضطرابات يرجع في النهاية إلى مجموعة من الجينات وليس جينا واحدا، وحتى إذا تمكنا من تحديد الجينات المسئولة عن اضطرابات الحالة المزاجية، فسنجد أننا أمام الكثير من التساؤلات حول طبيعة عمل هذه الجينات. فمن غير المحتمل أن الجينات تتحكم في إصابة الشخص أو عدم إصابته بالاكتئاب. وكما سيتضح فيما يلي من مناقشات فإن الجينات قد تتحكم في طريقة تنظيم الانفعالات أو طريقة الاستجابة للعوامل الضاغطة في الحياة Kendler, Gatz, ardner, et al., 2006 . لذا فالجينات يمكن أن تؤدي إلى الإصابة فيما بعد باضطرابات الحالة المزاجية عند توافر ظروف أخرى.

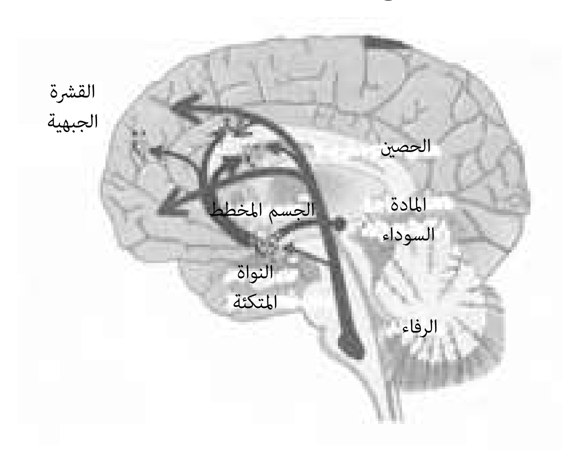
النواقل العصبية Neurotransmitters

ركزت الدراسات على ثلاثة من النواقل العصبية التي يحتمل أن تلعب دورا في اضطرابات الحالة المزاجية: النوريبينفرين Norepinephrine، والدوبامين Dopamine، والسيروتونين Serotonin. ويوجد كل من هذه النواقل العصبية في الكثير من المناطق المختلفة في المخ. وشكل 5-4 يوضح مدى الانتشار الواسع لممرات السيروتونين والدوبامين في المخ.

تشير الأبحاث بصورة أولية إلى أن الاضطرابات المزاجية يمكن تفسيرها وفقا لمستويات النواقل العصبية والتي قد تكون مرتفعة للغاية أو بالغة الانخفاض، فعلى سبيل المثال فإن الاكتئاب يرتبط بالمستويات المنخفضة من النوريبينفرين والدوبامين، وأن الهوس يرتبط بالمستويات المرتفعة من هذين الناقلين العصبيين. افترض الباحثون أن الهوس والاكتئاب يرتبطان كلاهما بالمستويات المنخفضة من السيروتونين، وهو ناقل عصبي يعتقد في أنه يساعد على التحكم في مستويات النوريبينفرين والدوبامين Thase, Jindal, & Howland, 2002 . إلا أن الأدلة التي ظهرت بعد ذلك لم تثبت تماما أن مستويات النواقل العصبية تلعب دورا مهماً في اضطرابات الحالة المزاجية.إلا أن اضطرابات الحالة المزاجية ترجع إلى وجود مستويات مطلقة من النواقل العصبية في المشبك العصبي، فهي إما عالية جدا أو منخفضة للغاية.

خلصت الدراسات الخاصة بمضادات الاكتئاب إلى أدلة متناقضة،فمن ناحية نجد أن هذه الدراسات تشير إلى الارتباط الوثيق بين الاكتئاب وهذه النواقل العصبية، فمضادات الاكتئاب الفعالة على سبيل المثال تؤدي إلى حدوث زيادة فورية في مستويات السيروتونين والنوريبينفرين أو الدوبامين، أو في مستويات هذه النواقل الثلاثة. إلا أنه عندما قام الباحثون بدراسة الجدول الزمني الخاص بكيفية تأثير مضادات الاكتئاب على مستويات النواقل العصبية، وأدركوا أن الاكتئاب لا يمكن إرجاعه فقط إلى المستويات المطلقة للنواقل العصبية. فهذه المضادات تستغرق من 7 إلى 14 يوماً لتخفف حدة الاكتئاب، وبمرور تلك المدة ترجع مستويات النواقل العصبية إلى حالتها السابقة. ويبدو بالتالي أن التغيرات البسيطة في مستويات النوريبينفرين والدوبامين أو السيروتونين ليست هي التفسير الأنسب بسبب تخفيف هذه الأدوية لحدة الاكتئاب.

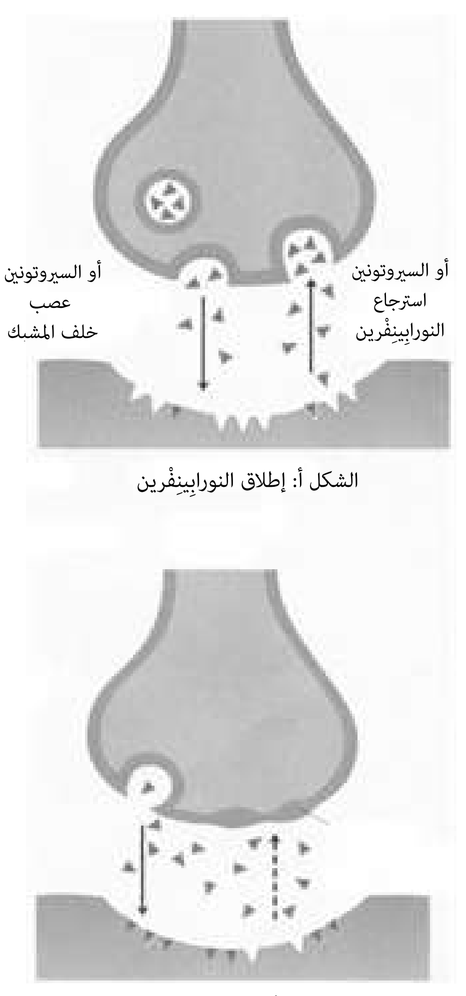
وهناك دليل آخر يشير أيضا إلى أن المستويات المطلقة من النواقل العصبية لم تفسر لنا كل شيء، فقد قام الباحثون على مدى عقود بدراسة نواتج عملية الأيض عبر النواقل العصبية باعتبارها مؤشراً على كمية الناقل العصبي التي تفرز في فراغ المشبك العصبي. ونعلم أنه بعد إفراز الناقل العصبي في المشبك العصبي تبدأ الإنزيمات في تكسير جزيئات الناقل العصبي الذي لا تستعيده الخلية العصبية ثانية. ونجد بالتالي أن الدراسات الأيضية تقوم بتقييم كمية جزيئات الناقل العصبي التي تم تكسيرها وحملها إلى السائل النخاعي الدماغي أو الدم أو البول.



شكل 5-4: مسارات السيروتونين والدوبامين منتشرة في المخ

وعلى الرغم من ظهور المستويات المتوقعة ـ عالية أو منخفضة ـ من المستقلبات عن بعض المصابين بالهوس أو الاكتئاب، نجد النتائج الخاصة بتلك الدراسات لم تكن متسقة؛ مما يشير إلى أن الكثير من المصابين بالاكتئاب لم تحدث عندهم اضطرابات في المستويات المطلقة من النواقل العصبية. ونجد بالمثل أن الكثير من المصابين بالهوس لم تحدث عندهم اضطرابات في المستويات المطلقة من النواقل العصبية Placidi, Oquendo, Malone, et al., 2001; Ressler, Nemeroff, 1999.

ونظرا لهذه الأدلة المتضاربة، فقد ركز الباحثون على فكرة أن الاضطرابات المزاجية قد تـرتبط بحساسية المستقبلات الموجودة في الخلايا ما بعد المشبكية، حيث إن تلك المستقبلات هي التي تكشف عن وجود النواقل العصبية في فراغ المشبك العصبي، فكيف يمكن للباحثين اختبار النماذج الخاصة بزيادة أو نقص حساسية هذه المستقبلات؟ فإذا كانت المستقبلات حساسة إلى حد ما، فمن المتوقع أن تتباين استجابة الأشخاص للأدوية التي تؤثر على مستوى أحد النواقل العصبية. فنجد مثلا أن المستقبلات مفرطة الحساسية قد تستجيب لأقل قدر من الناقل العصبي الموجود في المشبك العصبي، وقد ركز الباحثون على الدوبامين والسيروتونين أكثر من تركيزهم على النوريبينفرين.



الشكل أ: إطلاق النورابِينِفْرين

شكل ب: العقاقير الثلاثية أو الجيل الثاني من مضادات الاكتئاب.
شكل 5-5 أ - عندما يتم إطلاق النواقل العصبية في الخلايا العصبية، وفق آلية استرداد تبدأ في استرداد بعض من الناقل العصبي قبل أن تصل إلى مستقبل عصب خلف المشبك.
ب- العقاقير الثلاثية تعمل على إيقاف عملية الاسترجاع لذلك يصل الناقل العصبي إلى المستقبل، يقوم مثبط استرداد السيروتونين الانتقائي بالعمل طريقة أكثر انتقائية فيما يتعلق بالسيروتونين مقتبس من Snyder, 1986: 106.

إن الأشخاص الذين يعانون الاكتئاب أقل استجابة من غيرهم تجاه الأدوية التي تزيد من مستوي الدوبامين، والظن أن أداء الدوبامين قد يؤدي إلى رفع مستوياته Naranjo, Tremblay & Busto, 2001 ويلعب الدوبامين دورا مهماً في الحساسية تجاه منظومة الثواب reward system في المخ، والتي يظن أنها تؤدي إلى الاستمتاع، والتحفيز، والطاقة في حالة الاضطراب الاكتئابي الرئيس Treadway & Zald, 2011.

وبالنسبة الأشخاص الذين يعانون الاضطراب ثنائي القطبية، فقد اتضح أن هناك عدداً من العقاقير المختلفة التي تؤدي إلى رفع مستويات الدوبامين يمكن اعتبارها مؤشرات على أعراض الهوس، ومن بين الاحتمالات أن مستقبلات الدوبامين قد تكون مفرطة الحساسية في الاضطراب ثنائي القطبية Anand, Verhoeff, Seneca, et al., 2000; Strakowiski, Sax, Setters, et al., 1997 .

وبالإضافة إلى التركيز على الدوبامين فقد ركزت الدراسات أيضا على العلاقة بين الاكتئاب وحساسية مستقبلات السيروتونين. وقد أجرى الباحثون مجموعة من الدراسات تم خلالها تخفيض مستويات السيروتونين معمليا. ويمكن للباحثين من خلال زيادة أو خفض مستويات السيروتونين لمعرفة مدى حساسية تلك المستقبلات للتغيرات في مستوى السيروتونين، فمن المتوقع لشخص تقل حساسية تلك المستقبلات لديه أن يعاني أعراضا اكتئابية عند انخفاض مستويات السيروتونين. ويقوم الباحثون بتخفيض مستويات السيروتونين من خلال تخفيض مستويات حمض التربتوفان tryptophan، وهو المادة الأساسية التي يتكون منها السيروتونين، ويمكن تخفيض مستويات هذا الحمض من خلال تناول مشروب يحتوي على مستويات عالية من 15 حمضا أمينيا ولا يحتوي على التريبتوفان، وفي غضون ساعات تنخفض مستويات السيروتونين، ويبقى تأثير ذلك لعدة ساعات، وكنوع من وضع ضابط لهذه الحالة، يمكن تناول مشروب ذى مذاق مماثل ولا يؤثر على التريبتوفان، وتشير الدراسات إلى أن خفض مستوى التريبتوفان وبالتالي تخفيض مستويات السيروتونين قد يتسبب في أعراض اكتئابية مؤقتة عند من لهم تاريخ مع الاكتئاب، أو ينتمون إلى عائلات لها تاريخ مع الاكتئاب Benkelfat, Ellenbogen, Dean, et al., 1994; Neumeister, Konstantinidis, Stastny, et al., 2002 ، ولا يظهر هذا التأثير بين الأشخاص الذين لا يربطهم تاريخ شخصي أو أسري مع الاكتئاب، والتفكير الحالي الغالب هو أن من هم عرضة للاكتئاب قد تقل عندهم حساسية مستقبلات السيروتونين، ولهذا فإن استجابتهم تكون بالغة عند انخفاض مستويات السيروتونين.

اختبر الباحثون أثر استهلاك التربتوفان في الاضطراب ثنائي القطبية، وقد ركزت هذه الدراسات على من يحتمل إصابتهم ولكن لم تظهر عليهم أعراض ضمن أفراد عائلة مصابين بالاضطراب ثنائي القطبية، وكما يظهر الأشخاص وأفراد أسرهم أعراض الاضطراب الاكتئابي الرئيس، فإن أقارب من يعانون الاضطرابات ثنائية القطبية يظهرون ردة فعل مزاجية تجاه تلاشي التربتوفان مقارنة بمجموعة ضابطة Sobczak, Honig, Nicolson, et al., 2002 ، وبالنسبة للاكتئاب فإن الاضطراب ثنائي القطبية قد يرتبط بحساسية مستقبلات النواقل العصبية.

دراسات تصوير المخ Brain- Imaging Studies

يشيع استخدام نوعين مختلفين مـن الدراسـات الخاصـة بتصـوير المـخ في الأبحـاث التـي تجرى على اضطرابات الحالة المزاجية، فتركز الدراسات البنيوية Structural Studies عـلى إذا ما كانت منطقة معينة في المخ تحتوي على عدد من الخلايا أو الروابط أقل مما تحويه غيرهـا؟ أما دراسـات التنشـيط الـوظيفي Functional Activation Studies فتركـز عـلى إذا مـا كـان هناك تغير في نشاط إحدى المنـاطق في المـخ؟ وتسـتخدم الدراسـات الوظيفيـة لمعرفـة طريقـة استخدام الخلايا، وذلك من خلال تدفق الـدم إلى منـاطق مختلفـة بـالمخ، ولا تظهـر التغـيرات البنيوية المرتبطة بالاضطراب الاكتئابي الرئيس إلا بين الأشخاص الذين مروا بأكثر من نوبـة مـن نوبات الاكتئاب Gotlib & Hamilton, 2008; Sheline, 2000 ، وهنا سـنركز عـلى دراسـات التنشيط الوظيفي.

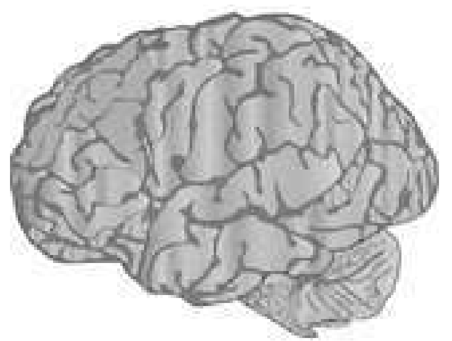
تشـير دراسـات تصـوير المـخ الوظيفيـة إلى أن نوبـات اضـطراب الاكتئـاب الـرئيس تـرتبط بتغيرات في الكثير من الأنظمة المخية التـي تنشـط عنـد الشـعور بانفعـالات قويـة في الأشـخاص الـذين لا يعـانون أعـراض الاكتئـاب Davidson, Pizzagalli, & Nitschke, 2002; Philips, Ladouceur, & Drevets, 2008a ، ويلخـص جـدول 5-4 : البنـاءات الأربعـة الرئيسـة للمـخ والتي كانت الأكثر تناولا عند دراسة الاكتئـاب: اللـوزة Amygdala، والحصـين Hippocampus، والقشرة قبل الجبهية Prefrontal Cortex، والحزام الأمامي Anterior Cingulate راجع شـكل 5-6 ، وسنناقش هذه المناطق بداية من اللوزة.

جدول 5-4: بناءات المخ المرتبطة بالاستجابة الوجدانية في الاكتئاب الرئيس

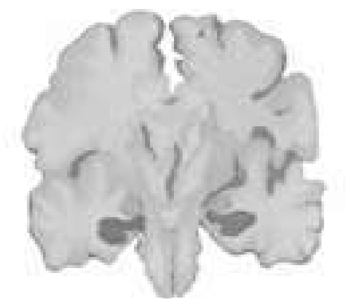
بناءات المخ	مستويات الأنشطة بين الأشخاص الذي يعانون اضطرابات المزاج كما هو موضح في شكل 5-6 :
اللوزة	تزداد
الحزام الأمامي	تزداد
التلفيف الحزامي	تقل عند ضبط الشعور
الحصين	تقل

تساعد اللوزة الإنسان في تقييم مدى أهمية المثيرات من الناحية الانفعالية؛ فعلى سبيل المثال فإن الحيوانات المصابة بتلف في اللوزة لا يظهر عليها رد فعل الخوف تجاه المثيرات الخطرة، كما لا يظهر عندها استجابة إيجابية تجاه الطعام. أما في البشر فقد أثبتت الأبحاث أن اللوزة تستجيب عند عرض صور لمثيرات خطيرة على بعض الأشخاص. توضح دراسات التنشيط الوظيفي وجود مستويات مرتفعة من النشاط في اللوزة عند المصابين باضطراب الاكتئاب الرئيس. فنجد مثلا أنه عند عرض صور تظهر وجوها حزينة أو غاضبة على بعض الأشخاص يحدث عند المصابين باضطراب الاكتئاب الرئيس رد فعل في اللوزة أكثر شدة واستمرارا من رد الفعل عند الأشخاص غير المصابين بالاضطراب الاكتئابي الرئيس Sheline et al., 2001 . إن هذا النمط من النشاط الفائق للوزة تجاه المحفزات الوجدانية لا يبدو كنوع من آثار العلاج بالأدوية، أو أنه ناتج من حالة انزعاج، وذلك لأنها تظهر حتى في الحالات التي لم يتعاط فيها الأفراد أدوية Siegle, Thompson, Carter, et al., 2007 ، وكذلك وجودها لدى أقارب أشخاص يعانون الاكتئاب دون أن يكون لديهم تاريخ شخصي مع الاضطراب الاكتئابي الرئيس Van Der Veen, Evers, Deutz, et al., 2004 ، وتشير هذه النتائج إلى أن النشاط الفائق في اللوزة تجاه المثيرات الوجدانية في حالات الاكتئاب قد يكون ناتجا عن الميل إلى الاكتئاب أكثر من كونه تعبيرا عن الانزعاج العميق.

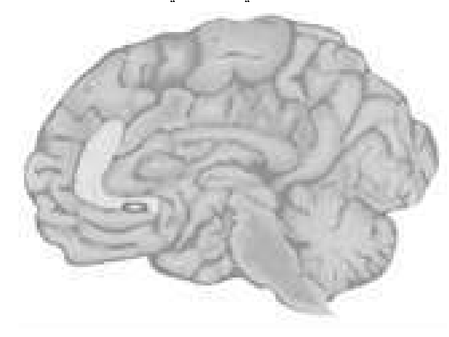
أ - القشرة المخية اللون الأزرق



ب- الحصين اللون الأرجواني



ج- الحزام الأمامي اللون الأصفر، التلفيف الحزامي الأمامي اللون البني



شكل 5-6: المناطق الرئيسة في المخ التي تتدخل في اضطراب المزاج مقتبس من النشرة السنوية لعلم النفس، دراسات التنشيط الوظيفي

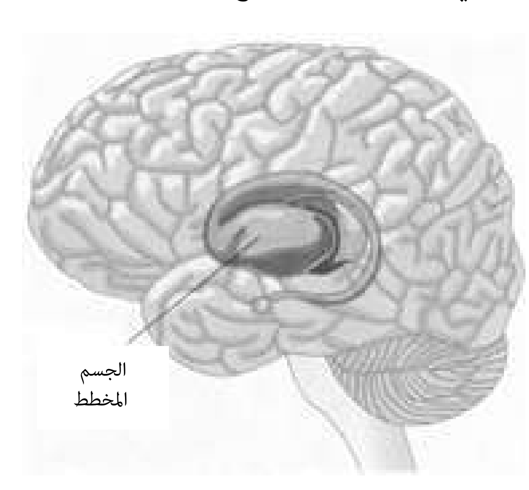
المناطق الأخرى المرتبطة بالاكتئاب هـي الحـزام الأمـامي، التلفيـف الحزامـي، الحصـين تبـدو شـديدة الأهميـة في الضـبط الوجـداني Philips et al., 2008 ، ويـرتبط الاضـطراب الاكتئابي الرئيس بزيادة النشاط في منطقة الحـزام الأمـامي Gotlib & Hamilton, 2008 . قامت "هيلين مايبرج" Helen Mayberg وزملاؤها بدراسة هذه المنطقـة باسـتخدام الحـث العميق للمخ، وهو أسلوب يتضمن تنشيط الأقطاب الكهربية الموجودة في المخ، فهـي تقـوم بنقل الأقطاب الكهربية إلى منطقة الحزام الأمامي وتمت دراسة ذلك على ستة أشخاص ممن يعانون الاكتئاب الحاد وتبين عدم استجابتهم للعلاج Mayberg, Lozano, Voon, et al., 2005 ، فمن خلال توصيل تيار كهربي صغير إلى الإلكتروتيدات الموجودة في المخ يمكن خفض النشاط في منطقة الحزام الأمامي بصورة مؤقتة، وقد ظهـرت علامـات الشـفاء السريـع عـلى أربعة من الأشخاص الستة وزالت عنهم أعراض الاكتئاب، وعلى الرغم من أنه لا يزال الوقت مبكرا لاعتماد هذه الطريقة، إلا أن الدراسات تدعم فكرة أن هذا الجزء من المخ يلعب دوراً مهماً في الإصابة بالاكتئاب.

وختاماً، فإن الأشخاص المصابين بالاكتئاب يظهر عليهم انخفاض في نشاط منطقة الحصـين حال تعرضهم لمثير وجـداني Davidson et al., 2002; Schaefer, Putnam, Benca, et al., 2006 ، أو في المنطقة الأمامية من المخ غالبا مـا يطلـب مـنهم الـتحكم في مشـاعرهم False, Barch, Rundle, et al., 2008 . إن صعوبة تنشيط هذه المنطقـة قـد تـؤدي إلى التـأثير عـلى التحكم الوجداني.

لكن كيف يمكن أن تتلاقى هذه النتائج في نقطة واحدة؟ تشـير إحـدى النظريـات إلى أن النشاط المفرط في اللوزة أثناء الاكتئاب يؤدي إلى الحساسية المفرطة تجاه المثيرات ذات الطابع الانفعالي.كما يتضح في ذات الوقـت أن الأنظمـة المخيـة التـي تقـوم بتقيـيم الفوائـد والأضرار، وصنع القرارات، والسعي المنظم لتحقيق الأهـداف رغـما عـن الانفعـالات تكـون أقـل نشـاطا الحزام الأمامي، والحصين، والقشرة قبل الجبهية .

هناك الكثير من هذه الأجزاء المخية التي يبدو أن لهـا دورا في الإصـابة باضـطراب ثنائيـة القطبية مثل دورها في اضطراب الاكتئاب الـرئيس، فنجـد أن الدراسـات الوظيفيـة أظهـرت أن اضطراب ثنائية القطبية 1 يرتبط بحـدوث اسـتجابة شـديدة في اللـوزة، بالإضـافة إلى تضـاؤل النشاط في الحصـين والـقشرة قبـل الجبهيـة، وتوضـح الدراسـات البنيويـة أن اضـطراب ثنائيـة القطبية يرتبط بتقلص حجم القشرة قبل الجبهية والعقد القاعدية والحصين والحـزام الأمـامي؛ وتشـير بعـض الدراسـات إلى حـدوث زيـادة في حجـم اللـوزة Houenou, Formmberger, Crade, et al., 2011; Philips, Ladouceur, & Drevets, 2008b .

وحتى اليوم فإن أبحاث تصوير المخ لم تخبرنا سوى بالقليل حول طرق تمييز الأشخاص الذين يعانون الاضطراب ثنائي القطبية من أولئك الذين يعانون الاضطراب الاكتئابي الرئيس. إن معظم نتائج التصوير العصبي في الاضطراب ثنائي القطبية تتشابه مع المصابين بالاضطراب الاكتئابي الرئيس، وأحد الأدلة ما أظهرته دراسة ما يحدث في المخ خلال فترات الهوس، فالعديد من أنماط المخ التي تظهر خلال نوبات الهوس تتشابه مع تلك التي تظهر خلال الاكتئاب. لكن على الناحية الأخرى، فيظهر اختلاف واحد في حالة الهوس ولكنه لا يزهر في حالة الاكتئاب وذلك في منطقة من المخ يطلق عليها المنطقة المخططة - راجع شكل 5-7 ، وهي المرتبطة بالاستجابة تجاه الثواب، ويتزايد معدل النشاط بها Mrachand, & Yurgelun- Todd, 2010 ، ولكن هذه النتائج ليست دقيقة. إن معرفتنا أن المنطقة المخططة تزداد خلال نوبات الهوس لكنها لا تحدد لنا إذا ما كانت هذه الزيادة هي سبب الإصابة.



شكل: (5-7) الجسم المخطط يظهر نشاطاً متزايداً خلال نوبات الهوس

وهناك مجموعة أخرى من النتائج المبشرة التي تشير إلى أن الاضطراب الاكتئابي الرئيس والاضطراب ثنائي القطبية يمكن تمييزهما من خلال التغييرات التي تظهر في الأعصاب خلال عمل المخ، وغالبا ما يعاني الأشخاص المصابون بالاضطراب ثنائي القطبية انخفاضا في غشاء العصب Looney & El-Malakh, 1997 ، وهذه الانخفاضات تظهر في المخ وتؤثر على استعداد العصب، والانخفاضات في هذا الغشاء الخلوي لا تظهر في الأشخاص الذين يعانون الاضطراب الاكتئابي الرئيس Thiruvengadam, & Chandraskaran, 2007 ، وركز بحث مشابه على أن البروتين الموجود في وظائف الكثير من الأعصاب بروتين C وهذا البروتين يلعب دورا مهماً في عمل المستقبلات وجدران الخلايا العصبية الموجودة في المخ، كذلك فإن أنشطة هذا البروتين تظهر بشكل بالغ لدى الأشخاص الذين يعانون الهوس Yildiz, Guleyuz, Ankerst, et al., 2008 ، وعلى الرغم من أن هذه النتائج حول الوظائف العصبية أقل ترابطاً من النتائج الأخرى

التي تناولت المخ، إلا أنها اقترحت أنماطاً يمكن من خلالها التمييز بين الاضطراب ثنائي القطبية والاضطراب الاكتئابي الرئيس.

المنظومة العصبية الصماوية: عدم انتظام مستويات الكورتيزول

The Neuroendocrine System: Cortisol Dysregulation

محور HPA الهيبوثلامس والغدة النخامية وقشرة الغدة الكظرية، انظر شكل 12-2 هو المنظومة البيولوجية التي تتحكم في تفاعلية الجسد مع الضغط النفسي، وقد يحدث نشاط مفرط في ذلك المحور عند الإصابة باضطراب الاكتئاب الرئيس. وقد ذكرنا من قبل أن هناك بعض الأدلة التي تشير إلى فرط نشاط اللوزة عند المصابين بهذا الاضطراب. وهذا المحور يتلقى إشارات من الأجزاء المرتبطة باللوزة، ويمكن بالتالي أن يزداد النشاط فيه زيادة مفرطة عند المصابين باضطراب الاكتئاب الرئيس. ومحور HPA يتسبب في إفراز الكورتيزول Cortisol وهو "هرمون التوتر" الأساسي. وهذا الهرمون يفرز عند التعرض للضغط النفسي، ويؤدي إلى تغيرات تساعد الجسم في الاستعداد للخطر.

والعديد من النتائج البحثية تربط بين الاكتئاب والمستويات العالية من الكورتيزول. فنجد مثلا أن المصابين بمتلازمة كوشينج Cushing's Syndrome - الذي يتسبب في الإفراز المفرط للكورتيزول - يصابون على نحو متكرر بأعراض اكتئابية. وقد أثبتت بعض الأبحاث التي أجريت على الحيوانات أنه عند حقن الكيماويات - التي تزيد من إفراز الكورتيزول - في المخ تظهر العديد من الأعراض التقليدية للاكتئاب، بما في ذلك نقص الاهتمام الجنسي، نقص الشهية، اضطرابات النوم Gutman & Nemeroff, 2003 . وتظهر الأعراض عند البشر والحيوانات عند المستويات الزائدة على الحد من الكورتيزول فهي التي تسبب الأعراض الاكتئابية.

حتى عند الأشخاص الذين يعانون الاكتئاب دون أن يصابوا بمتلازمة كشينج نجد أن مستويات الكورتيزول غالبا ما تكون غير منتظمة، أي أنه لا يبدو أن هناك استجابة ملائمة للإشارات التي تحث على خفض مستويات الكورتيزول Garbutt, Mayo, Little, et al., 1994 ، ويستخدم اختبار كبت الديكساميتازون The dexametasone dex/CRH suppression test في قياس مدى الانتظام في مستويات الكورتيزول. فنجد عند الأشخاص الذين لا يعانون اضطرابات الحالة المزاجية أن الديكساميتازون يمنع إفراز الكورتيزول خلال الليل. ونجد في المقابل أن الديكساميتازون لا يمنع إفراز الكورتيزول عند بعض المصابين باضطرابات الحالة المزاجية، وخاصة الذين يعانون

أعراضاً ذهانية منهم Nelson & Davis, 1997 . ويعد عدم منع إفراز الكورتيزول علامة على سوء التنظيم في محور HPA خلال نوبات اضطراب الاكتئاب الرئيس. وعند تطبيق اختبار أكثر شدة على محور HPA من خلال استخدام الديكساميتازون والهرمون المفرز للكورتيكوتروبين Corticotropin الذي يزيد من مستويات الكورتيزول يحدث خلل بسيط في تنظيم مستويات الكورتيزول عند 80٪ من الأشخاص المصابين بالاكتئاب Heuser, Yassouridis, & Holsboer, 1994 ، وقد يفسر هذا الخلل سبب ارتفاع مستويات الكورتيزول لفترة طويلة أثناء الاكتئاب. إلا أن هذه الاستجابة غير الطبيعية تجاه الديكساميتازون تعود إلى حالتها الطبيعية عند انتهاء نوبة الاكتئاب التي قد يمر بها الأشخاص خلال العام التالي e.g., Aubry, Gervasoni, Osiek, et al., 2007 .

وعلى الرغم من أن الكورتيزول يساعد في استنفار ردود الأفعال قصيرة الأمد المفيدة تجاه الضغط النفسي، فإن التعرض لمستويات عالية من الكورتيزول لفترات طويلة يمكن أن يضر بأجهزة الجسم. فنجد مثلا أن هناك ارتباطا بين المستويات العالية طويلة الأمد من الكورتيزول وتلف الحصين، حيث أثبتت الدراسات أن حجم الحصين يكون أصغر من المعتاد عند الذين يعانون الاكتئاب لسنوات e.g., Videbech & Ravnkilde, 2004 .

وكما هي الحال لدى من يعانون الاضطراب الاكتئابي الرئيس، فإن من يعانون الاضطرابات ثنائية القطبية يفشلون في ضبط مستويات الكورتيزول خلال اختبار كبت الديكساميتازون، وهذا يشير إلى أن الاضطراب ثنائي القطبية يتميز أيضا بانخفاض مستوى أداء نظام الكوتيزول Watson, Thompson, Ritchie, et al., 2006 ، وبالمثل فإن المصابين بالاضطراب الاكتئابي الرئيس، والمصابين بالاضطراب ثنائي القطبية الذين يستمرون في إظهار استجابات غير طبيعية تجاه اختبار الكورتيزول بعد انتهاء نوبات إصابتهم قد يتعرضون إلى مخاطر عالية تتعلق بالإصابة بنوبات أخرى مستقبلا Vieta, Martines DeOsaba, Colom, et al., 1999 .

وبإيجاز، فإن كلا من الاضطراب ثنائي القطبية والاضطراب الاكتئابي الرئيس يتميز بمشاكل تتعلق بانتظام مستويات الكورتيزول، ويعتبر عدم انتظام مستويات الكورتيزول مؤشراً على مراحل مرضية أسوأ سواء في الاضطراب ثنائي القطبية أو الاضطراب الاكتئابي الرئيس.

ملخص سريع:

الاضطراب ثنائي القطبية موروث بصورة كبيرة، بينما تكون وراثة الاضطراب الرئيس متوسطة.

تركز أنماط النواقل العصبية على السيروتونين، والدوبامين، والنيروبنفرين. تركز الدراسات الحالية على حساسية المستقبلات بدلا من الاقتصار على مستويات النواقل العصبية، ويتم اختبار حساسية المستقبلات من خلال تحديد مستويات النواقل العصبية. أشارت دراسات استهلاك التربتوفان إلى أن انخفاض السيروتونين في المستقبلات العصبية يرتبط بحدوث الاكتئاب والاضطراب ثنائي القطبية. كذلك فإن الاكتئاب قد يبدو مرتبطاً بانخفاض حساسية مستقبل الدوبامين، وأن الهوس يرتبط بارتفاع حساسية مستقبل الدوبامين.

تشير دراسات التصوير العصبي إلى أن الاكتئاب والاضطراب ثنائي القطبية مرتبطان بالتغيرات التي تحدث في مناطق المخ المرتبطة بالعاطفة، ويبدو أن هذه التغيرات تتزايد عند الاستجابة الوجدانية خاصة الأنشطة التي تحدث في اللوزة وتقلل من القدرة على الضبط الوجداني في منطقة التلفيف الحزامي، وتتزايد في الحزام الأمامي.

يرتبط الاضطراب الاكتئابي الرئيس والاضطراب ثنائي القطبية بانخفاض ضبط الكورتيزول عند استخدام اختبار dex/CRH. كذلك يمكن استخدام عدم انتظام مستويات الكورتيزول في التنبؤ بحدوث نوبات أكثر حدة من الأعراض المزاجية بمرور الوقت.

كما يلاحظ أن الاضطراب الاكتئابي الرئيس والاضطراب ثنائي القطبية يتشابهان في الكثير من المتغيرات الحيوية، وبمقارنة الاضطراب الاكتئابي الرئيس بالاضطراب ثنائي القطبية نلحظ ارتباط بزيادة حساسية مستقبلات الدوبامين، وزيادة الأنشطة في هذه المنطقة المخية المسماة بالمنطقة المخططة والتغيرات في البروتين C ، وهذا ما يؤثر على المستقبلات وغشاء الأعصاب الموجودة في المخ.

العوامل الاجتماعية في الاكتئاب: الأحداث الحياتية والصعوبات فى التعاملات الشخصية

Social Factors in Depression: Life Events and Interpersonal Difficulties

تشير البيانات إلى أن العوامل البيوعصبية تؤثر في تحديد إذا ما كان الشخص مصابا باضطرابات الحالة المزاجية أم لا. فهل هذا يعني أن النظريات الاجتماعية والنفسية لا طائل منها؟ لا على الإطلاق. فنجد مثلا أن النظريات البيوعصبية تتفق مع العوامل الضاغطة عند المصابين باضطرابات الحالة المزاجية. وبالتالي يمكن أن تكون العوامل البيوعصبية تزيد من خطر الإصابة باضطرابات الحالة المزاجية عند التعرض لمسببات أو عوامل ضاغطة أخرى.

إن الدور الذي تقوم به الأحداث الحياتية الضاغطة قد يسبب نوبات الاكتئاب، وهناك أبحاث عديدة تركز على علاقات السبب والنتيجة، فهل تؤدي الأحداث الحياتية إلى الاكتئاب؟، أم أن الاكتئاب يؤثر على الأحداث الحياتية؟ إن الدراسات الاستباقية ذات أهمية كبيرة في هذا الصدد، حيث إنها تستطيع توضيح هل الاكتئاب هو الذي يحدث أولا أم الأحداث الحياتية. إلا أنه حتى عند اللجوء إلى الدراسات الاستباقية يظل هناك احتمال أن تكون بعض الأحداث الحياتية قد نتجت عن بعض الأعراض المبكرة للاكتئاب التي لم تتطور بعد لتصل إلى مرحلة الاضطراب كامل الأعراض. ولتتذكر حالة ماري التي أصيبت بالأعراض بعد أن فصلت من عملها. ولعل ماري فصلت من عملها لأنها كانت تنام لساعات طويلة وتصل إلى عملها في وقت متأخر، واضطراب النوم يمكن أن يكون أحد علامات الاكتئاب.

وحتى بعد استبعاد الأحداث الحياتية الضاغطة التي قد تكون نتجت بسبب أعراض اكتئابية خفيفة، نجد الكثير من الأدلة التي تشير إلى أن الضغط النفسي يمكن أن يتسبب في اضطراب الاكتئاب الرئيس. فتشير الدراسات الاستباقية الدقيقة إلى أن 42 إلى 67 بالمئة من الأشخاص قد تعرضوا لأحداث حياتية خطيرة لم تتسبب فيها الأعراض في العام الذي سبق إصابتهم بالاكتئاب. ومن بين الأحداث الشائعة فقدان العمل، أو إحدى الصداقات المهمة، أو إحدى العلاقات الغرامية. وقد ظهرت نفس تلك النتائج في اثنتي عشرة دراسة أخرى على الأقل أجريت في ستة بلدان مختلفة Brown & Harris, 1989 . هناك أنواع معينة من الأحداث الحياتية تسبب نوبات الاكتئاب أكثر من غيرها مثل الخسارة والإذلال Kendler, Hettema, Butera, et al., 2003 . علاوة على أن الأشخاص الذين يقولون إنهم تعرضوا لأحداث حياتية مفاجئة، نجد أن الكثير من المصابين بالاكتئاب يقولون إنهم ظلوا يتعرضون لعوامل ضاغطة مزمنة وطويلة الأمد قبل ظهور الاكتئاب، مثل الفقر Brown, & Harris, 1989 ، يبدو أن أحداث الحياة لها أهمية خاصة في النوبة الأولى من الاكتئاب، ولكنها لا تظهر في النوبات المتأخرة Monroe & Harkeness, 2005; Stroud, Davila, Hammen, et al., 2011 .

ما السبب في أن كثيرا من الناس قد يصابون دون غيرهم بحالات الاكتئاب تحدث بعد التعرض لأحد الأحداث الضاغطة؟ إن الإجابة الواضحة هي أن بعض الناس يكونون أكثر من غيرهم عرضة للضغط النفسي. وخلال الجزء السابق من هذا الفصل تحدثنا عن المنظومات البيوعصبية التي تلعب دورا في الاكتئاب، والكثير من هذه المنظومات يمكن أن تلعب دورا في تفاعلية الجسم مع الضغط النفسي. كذلك لا تخفى أهمية مظاهر الاستعداد النفسي والمعرفي للإصابة. ونجد بالتالي أن أكثر النماذج شيوعا هي نماذج

الضغط النفسي، أي تلك النماذج التي تأخذ في الاعتبار مظاهر الاستعداد المستهدفات والتي قد تكون بيولوجية أو اجتماعية أو نفسية.

وقد يكون أحد هذه المستهدفات عدم الحصول على المساندة الاجتماعية، فالأشخاص الذين يعانون الاكتئاب عادة ما تكون علاقاتهم الاجتماعية محدودة، وعادة ما ينظرون إلى تلك العلاقات على أنها توفر لهم القليل من الدعم Keltner & Kring, 1998 ، وقد يؤدي انخفاض المساندة الاجتماعية إلى إضعاف قدرة الشخص على التغلب على الأحداث الحياتية الضاغطة، وجعله عرضة للاكتئاب. أثبتت إحدى الدراسات أن السيدات اللائي يواجهن أحد الأحداث الحياتية المسببة للضغط النفسي الشديد دون أن يتلقين دعما اجتماعيا من قبل صديق حميم يتعرضن لخطر الإصابة بالاكتئاب بنسبة 40٪، أما من تجدن دعما من صديق حميم فتصل عندهن هذه النسبة إلى 4٪ فقط Brown & Andrews, 1986 . لذا فإن المساندة الاجتماعية تقلل من أثر العوامل الضاغطة الحادة.

كذلك فهناك بعض الأدلة التي تشير أيضا إلى أن المشكلات التي تنشأ بين أفراد العائلة قد تؤدي إلى الاكتئاب بنسبة كبيرة، وقد اهتم عدد كبير من الأبحاث بدراسة الانفعالات التعبيرية، وهي التعليقات أو التعبيرات الانفعالية الانتقادية أو العدائية التي يوجهها أحد أفراد العائلة تجاه المصاب بالاكتئاب، والتعبيرات الانفعالية الشديدة تجاه المصاب بالاكتئاب تؤدي إلى انتكاس حالته. وقد أثبتت بالفعل إحدى المراجعات التي أجريت على ست دراسات أن 69.5٪ من المرضى الذين يعيشون وسط عائلات تزداد فيها نسبة التعبير عن الانفعالات انتكست حالتهم خلال عام واحد، مقارنة بنسبة 30.5٪ من المرضى الذين يعيشون وسط عائلات تقل فيها مستويات التعبير عن الانفعالات Butzlaff & Hooley, 1998 . وفي إحدى الدراسات المجتمعية اتضح أيضا أن الخلاف الزوجي كان يشير مسبقا إلى الإصابة المستقبلية بالاكتئاب Weissman & Bruce, 1999 .

وبتعبير واضح فإن المشكلات التي تنشأ بين الناس يمكن أن تتسبب في ظهور الأعراض الاكتئابية، لكن من المهم أيضا النظر إلى الجانب الآخر من الأمر، فقد يتسبب ظهور الأعراض الاكتئابية في وقوع مشكلات بين الناس، أي أنه من الواضح أن الأعراض الاكتئابية تتسبب في ردود أفعال سلبية عند الآخرين Coyne, 1976 . ومثال ذلك حالة طلبة الجامعة المصابين بالاكتئاب، فنراهم لا يرون متعة في الاتصال الاجتماعي برفقائهم في ذات الحجرة، كذا فقد عبروا عن شعورهم بالعدوانية والرفض تجاه هؤلاء الطلبة المكتئبين Joiner, Alfano, & Metalsky, 1992 .

سعت أبحاث أخرى إلى استكشاف التأثيرات البين شخصية على طلب العون Joiner, 1995 . إن غالبية المصابين بالاكتئاب يحاولون التأكد من أن الآخرين يهتمون

بهم، ولكن حتى عندما يظهر الآخرون دعمهم، فإنهم لا يشعرون بالرضا إلا لفترة مؤقتة، حيث إنهم ينظرون إلى أنفسهم نظرة سيئة وبالتالي يتشككون في التعليقات الإيجابية من قبل الآخرين، وتؤدي محاولاتهم المستمرة للحصول على التشجيع إلى إغضاب الآخرين. وبالتالي لا يجد المريض بالاكتئاب إلا التعليقات السلبية من قبل الآخرين بسبب سلوكياته، كما يحدث عندما يسأل أحد الأشخاص مثلا:"ما شعورك الحقيقي تجاهي؟" بعد أن أظهر الشخص الآخر رد فعل إيجابي تجاهه. وعادة ما تؤدي ردود أفعال الآخرين إلى التأكيد على فكرة المريض السيئة عن نفسه. وفي النهاية يمكن أن تؤدي المحاولات المستمرة التي يقوم بها المريض بالاكتئاب من أجل الحصول على التشجيع من الآخرين إلى رفض الآخرين له Joiner, & Metalsky, 1995 .

إن الكثير من السلوكيات الاجتماعية السلبية كالإفراط في محاولة الحصول على تشجيع الآخرين لاستعادة الثقة في النفس تكون نتيجة مباشرة لأعراض الاكتئاب. لكن إذا كانت بعض هذه المشكلات الاجتماعية موجودة بالفعل قبل ظهور الأعراض، فهل يمكن أن تؤدي إلى زيادة خطر الإصابة بالاكتئاب؟. كانت إجابة الأبحاث على هذا السؤال هي "نعم"، فقد وجدت الدراسات التي أجريت على مجموعة من طلبة الجامعات الذين لم يعانوا الاكتئاب في البداية، أن الطلبة الذين كانوا يسعون وراء تشجيع الآخرين أكثر من غيرهم زاد احتمال إصابتهم بأعراض الاكتئاب خلال عشرة أسابيع Joiner & Metalsky, 2001 . وكذا فإن فمن خلال أبحاث أجريت على عينات من الأشخاص تم اكتشاف استعدادهم الشديد إلى الإصابة بالاكتئاب حتى قبل بداية الإصابة، وتشير هذه الأبحاث إلى أن المشكلات التي تثور بين الأشخاص يمكن أن تسبق الإصابة بالاكتئاب. فنجد مثلا في حالة أطفال المدارس الابتدائية الذين يعاني أولياء أمورهم الاكتئاب، قد وصف أقرانهم ومدرسوهم سلوكياتهم بالسلبية Weintraub, Prinz, & Neale, 1978 . إن انخفاض الكفاءة الاجتماعية ينبئ مسبقا عن احتمالية الإصابة المستقبلية بالاكتئاب عند هؤلاء التلاميذ Cole, Martin, Powers, et al., 1990 . كذلك فإن انخفاض مهارات حل المشكلات التي تنشأ بين الأشخاص يعبر مسبقا عن زيادة نسبة الاكتئاب عند المراهقين Davila, Hammen, Burge, et al., 1995 . لذا فإن المشكلات البين شخصية التي قد تقع هي عامل خطر يقود إلى الاكتئاب.

العوامل النفسية المؤدية إلى الاكتئاب Psychological Factors in Depression

يؤدي العديد من العوامل النفسية دورا في الإصابة باضطرابات الاكتئاب. وفي هذا الجزء من الفصل سنناقش السمات الشخصية، العوامل المعرفية. فسمات الشخصية

والنظريات المعرفية تصفان المستهدفات التي قد تؤدي إلى تزايد مخاطر الاستجابة تجاه أحداث الحياة السلبية والإصابة بنوبات من الاكتئاب.

العصابية Neuroticism :

أشارت دراسات طولية عديدة إلى أن العصابية سمة من سمات الشخصية، ويتضمن الميل إلى اتخاذ ردة فعل سلبية مبالغ فيها وتتخطى الاتزان تجاه الأحداث، وهو ما ينبئ عن أعراض متعلقة بالاكتئاب Jorm, Christensen, Henderson, et al., 2000 ، وقد أوضحت دراسة واسعة أجريت على التوائم أن العصابية تفسر على الأقل جزءاً من الاستعداد الجيني للاكتئاب Fanous, Prescott, & Kendler, 2004 ، وكما قد تتوقع، فإن العصابية ترتبط بالقلق وعسر المزاج Kotov, Gamez, Schmidt, et al., 2010 ، وسنناقش أثر القلق والاكتئاب في الجزئية الخاصة بالاكتشافات رقم 5-5.

النظريات المعرفية Cognitive Theories

بالنسبة للنظريات المعرفية، فإن الأفكار والمعتقدات السلبية تعتبر هي المسبب الرئيس للاكتئاب، فالتشاؤم والأفكار الناقدة للذات يمكنها أن تدفع الشخص إلى الاكتئاب، وسنتعرض لثلاث نظريات معرفية هي: نظرية "بيك" Beck، ونظرية اليأس فكلاهما يتناول الأفكار السلبية، على الرغم من أن هاتين النظريتين تختلفان في بعض النقاط المهمة، والنظرية الثالثة هي نظرية الاجترار التي تشير إلى النزوع إلى الأمزجة والأفكار السلبية.

نظرية "بيك" Beck's Theory

أوضح "آرون بيك" 1967 ارتباط الاكتئاب بوجهات النظر السلبية تجاه الذات، والعالم، والمستقبل - شاهد شكل 5-9 ، إذ إن "العالم" جزء من الرؤية الاكتئابية وتشير إلى الجانب الذي يتخذه الشخص تجاه العالم، والمواقف التي يواجهها في هذا العالم، فعلى سبيل المثال، فإن الأشخاص قد يفكرون في "أنهم قد يتكيفون مع الاحتياجات والمسؤوليات" وهذا ما يدفعهم إلى القلق بشأن المشكلات التي تواجههم في العالم الخارجي.

ووفقا لهذا النموذج، فخلال مرحلة الطفولة، فإن الأشخاص الذين يعانون الاكتئاب يعيشون ضمن مخططات سلبية مثل فقدان الوالدين، أو رفض أقرانهم لهم أو التوجه الاكتئابي للوالدين، وتختلف هذه المخططات عن الأفكار الواعية وتؤثر في معتقداتهم نتيجة لظروف خارجية وتشكل وعي الشخص وإدراكه للتجارب التي يمر بها، وتنشط هذه المخططات السلبية عندما يمر الشخص بمواقف مشابهة للمواقف الأصلية التي تؤدي إلى حدوث هذا التفكير.

أهم الاكتشافات 5-5

فهـم التـداخل بـين القلـق والاكتئـاب Understanding the Overlap in Anxiety and Depression

من الأفكار التي عرضها الدليل في إصداره الخامس الاهتمام بتوضيح إذا ما كـان هنـاك فارق بين اضطرابات القلق والاضطرابات الاكتئابية، فهناك العديد من الأسباب التـي تـدفعنا للتساؤل إذا ما كان يجب فصل اضطرابات القلق عن الاضطرابات الاكتئابية، ومن بـين هـذه الأسباب يبرز سبب مهم هو ارتفاع معدلات الاعتلال المشترك. إن نحو 60 بالمئـة مـن النـاس على الأقل من الذين يعـانون اضـطرابات القلـق يصـابون بالاضـطراب الاكتئـابي خـلال فـترة حياتهم. والعكس صحيح إذ إن 60 بالمائة من المصابين بالاكتئاب يصـابون باضـطراب القلـق Kessler et al., 2003a; Moffitt , Capsi , Harrington , et al., 2007 .

هناك اضطرابات قلق معينة تتداخل مع الاضطرابات الاكتئابية أكثر مـن غيرهـا، ولكـن يبدو أن هناك تعميما في ربط الاكتئـاب باضـطراب القلـق المعمـم GAD، كـذلك اضـطراب الكرب التالي للصدمة Posttraumatic Stress Disorder Watson, 2009 ، وفي حقيقـة الأمر فإن اضطراب القلق المعمم GAD يرتبط مع الاكتئاب بصورة أكبر من ارتباطه بأي من اضطرابات القلـق الأخـرى Watson, 2005 ، وعـلاوة عـلى التـداخل بـين اضـطراب القلـق المعمم GAD، اضطراب الكـرب التـالي للصـدمة والاكتئـاب، فـإن هنـاك ارتباطـا جينيـا بـين اضطراب القلق المعمـم GAD والاكتئـاب Kendler, et al., 2003 . كـذلك فـإن الأنشـطة العصبية تكون أحد عوامل المخاطرة في هذه الظروف Watson, 2005 . يتضـمن الاكتئـاب الرئيس والاضطراب الاكتئابي المزمن واضطراب القلق المعمم GAD، اضطراب الكـرب التـالي للصدمة PTSD حساسية تجاه الحزن والأسى، بينما تتضمن اضطرابات القلق الأخـرى الميـل إلى الإحساس بالخـوف.

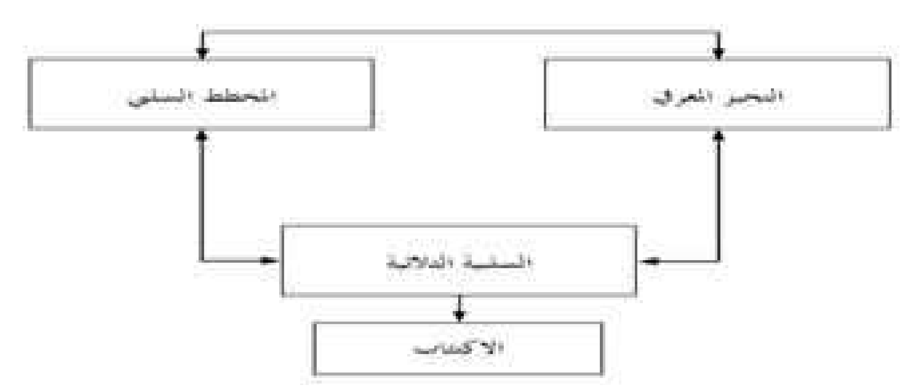
وسعيا لتحديد لهذا التداخل، قامت مجموعة من الباحثين بتقـديم توصـية أن يـتم تخصـيص فصـل متوسـع في الإصـدار الخـامس مـن الـدليل لتنـاول اضـطرابات القلـق Watson, O' Har, & Stewart, 2008 . وقد أوصوا أن يتضمن هذا الفصل التفرقة بين اضطرابات الكآبة، والاضطراب الاكتئـابي الـرئيس، واضـطراب القلـق المعمـم، واضـطراب الكرب التالي للصدمة، واضطرابات الخوف، والذعر، ورهاب الأماكن المفتوحـة، والرهـاب الاجتماعي، والرهاب المحدد، والاضطراب ثنائي القطبية - راجع شـكل 5-8 ، وعـلى الـرغم مـن أن هـذا التصـنيف يعتمـد عـلى أدلـة قويـة مـن البيانـات الخاصـة بانتشـار هـذه

الأمراض وعلاقتها بالجينات والوراثة، فقد قرر القائمون على الدليل في إصداره الخامس عدم إجراء هذا التغيير المهم.

يتضمن الإصدار الخامس من الدليل محددات "القلق الكئيب" بحيث يمكن استخدامها في تشخيص النوبات التي تصاحب هذه الحالات ويظهر معها عرضان على الأقل من أعراض القلق، والكثير من المرضى تظهر عليهم محددات خاصة أولئك الذين يعانون اضطرابات اكتئابية أو اضطرابات القلق.



شكل: 5-8 تلخيص مقترح للاضطرابات الوجدانية، مقتبس من واطسن، Watson, D 2005 دورية علم النفس المرضي 114 ، 4 522-536



شكل 5-9 : العلاقات البينية بين الأنواع المختلفة من الروابط في نظرية بيك Beck عن الاكتئاب

وبمجرد أن تنشط هـذه المـؤثرات المعرفيـة فإنهـا تسـبب "التحيـز المعـرفي" Cognitive Biases أو الميل إلى التعامل مع المعلومات بطـرق سـلبية Kendall & Ingram, 1989 . لـذا فقد أوضح "بيك" Beck أن الأشـخاص الـذين يعـانون الاكتئـاب يميلـون إلى التغذيـة الرجعيـة السلبية، وبالتالي فإنهم قد لا يلاحظون أو يتذكرون التغذية الرجعية المتعلقة بهم، والأشـخاص الذين يعانون هذا الاضطراب المعرفي يؤدي إلى قصر إدراكهـم عـلى تـذكر وملاحظـة الإشـارات والعلامات الجيدة، كذلك فإن الأشخاص الذين يعانون الاكتئاب يقترفون أخطاء معرفية بعينهـا حتى يصلوا إلى التحيز، وما يخلصون إليه من نتـائج يقـودهم إلى الوقـوع في اضـطراب معـرفي يقود إلى اضطراب آخر.

كيف تم اختبار نظرية "بيك"؟ من أشهر الأدوات المستخدمة في تقييم نظرية "بيـك" هـو مقياس التقييم الذاتي الذي يطلق عليه مقياس الاختلال الـوظيفي للاعتقـاد Dysfunctional Attitude Scale DAS والذي يتضمن عناصر تهتم بقياس إذا ما كان الأشـخاص يـرون أنهـم جديرون ومحبوبون. لقد أوضحت مئات مـن الدراسـات أن الأشـخاص يظهـرون تفكـيرا سـلبيا وفقا لمقياس الاختلال الوظيفي للاعتقاد عنـد إصـابتهم بالاكتئـاب Haaga, Dyck, & Ernst, 1991.

وفي الدراسات التي تناولت طريقة تعامل الناس مـع المعلومـات، ظهـر أن الاكتئـاب يرتبط بالتعامل مـع المعلومـات السـلبية ويركـز عليهـا Gotlib & Joormann, 2010 ، وعلى سبيل المثال، فعنـد عـرض صـور تتضـمن تعبـيرات وجهيـة سـلبية وإيجابيـة، فـإن المصابين بالاكتئاب يميلون إلى النظر في الصـور التـي تحمـل تعبـيرات سـلبية لمـدة أطـول

من مدة نظر من لا يعانون الاكتئاب. كذلك فإن المصابين بالاكتئاب يميلـون إلى تـذكر المعلومـات السـلبية أكـثر مـن المعلومـات الإيجابيـة، وفي دراسـة تحليليـة أجريـت عـلى 25 دراسـة. أشـار "مـــــــاثيوس" Mathews مـــــــاكلاود MacLeod 2002 إلى أدلـة عـلى أن معظـم الأشـخاص الـذين لا يعـانون الاكتئـاب يتـذكرون المعلومـات الإيجابيـة أكـثر مـن تـذكرهم للمعلومـات السـلبية، وعلى سبيل المثال فعند تقديم قائمـة مـن السـمات الشخصـية متضـمنة 20 صـفة سـلبي و20 صـفة ايجابيـة، فـإن معظـم الأشـخاص يتـذكرون عـددا أكـبر مـن الصفات الإيجابية في نهايـة فـترة البحـث.



رفض الأقران للشخص قد يؤدي إلى مخطط سلبي وذلك وفقاً لنظرية بيك Beck، وهذا يلعب دوراً هاماً في الإصابة بالاكتئاب

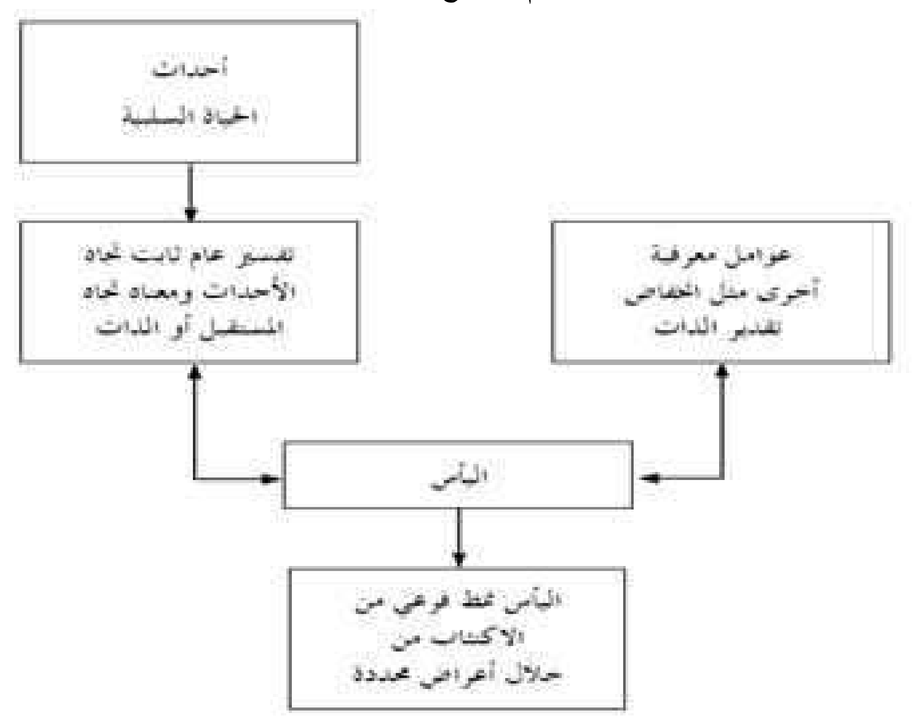
أما الأشخاص المصابون بالاكتئاب الرئيس فيميلون إلى تذكر الصـفات السـلبية بنسـبة تزيـد عـلى نسبة تذكرهم للصفات الإيجابية بنحو 10٪. كذلك فإن الأشخاص غير المصابين بالاكتئـاب يميلـون إلى ارتداء ملابس ذات ألوان زاهية. لذا فالمصابون بالاكتئاب يميلـون إلى التعامـل السـلبي خاصـة عند انتقائهم للمعلومات.

وعلى الرغم من وجود دليل واضح على سلبية الجانب المعرفي أثنـاء نوبـات الاكتئـاب، فـإن التحدي الأكبر الذي يواجه النظريات المعرفية هو تفسير مسألة السبب والنتيجة، فهـل يمكـن أن تؤدي بعض الأنماط المعرفية إلى الاكتئاب، أم أن الأعراض الاكتئابية هي التي تسبب هذه الأنمـاط المعرفية؟ أشارت بعض الدراسات إلى أن أصحاب الأنماط المعرفيـة السـلبية يزيـد خطـر إصـابتهم بالاكتئاب. فنجد مثلا أن إحدى الدراسات التي أجريت على 1507 من المـراهقين توصـلت إلى أن حصول المراهقين على درجات عالية على مقيـاس DAS بالإضـافة إلى تعرضـهم لأحـداث حياتيـة سلبية كـان ينبـئ بالإصـابة المسـتقبلية باضـطراب الاكتئـاب الـرئيس Lewinsohn, Joiner, & Rohde, 2001 . وتوصل باحثون آخرون إلى أن الحصول على درجات عاليـة عـلى مقيـاس DAS كان ينبئ بحدوث انتكاسة مستقبلية استمرت على مدى أعـوام بعـد عـلاج الاكتئـاب Segal et al., 2006 ، ومن ناحية أخـرى فـإن دراسـة أجريـت عـلى 770 سـيدة وتمـت متـابعتهن لمـدة 3 سـنوات، وقـد اتضـح أن مقيـاس DAS لم يتنبـأ بالنوبـات الأولى للاكتئـاب ولم يشر إلى النوبـات الاكتئابية التي يشهدها تاريخ المريض مع الاكتئاب Teachman, Otto, Cohen, et al., 2007.

وتركز بعض محتويات مقياس DAS على الحاجة المفرطة إلى استحسان الآخـرين، وعـلى سبيل المثال فإن المتغيرات المعرفية المرتبطة بمعالجة المعطيات الإيجابية والسلبية كانـت تنبـئ هي الأخرى بالإصابة المستقبلية بالاكتئاب على مدى فترة تمتد من 12 إلى 18 شـهرا عنـد عينـة كبيرة من طلبة الجامعات Rohde, Valdez, Odom, et al., 2003 .

نظرية اليأس Hopelessness Theory

وفقا لنظرية اليأس راجع شكل 5-10 Abramson, Metalsky, & Alloy, 1989 ، فإن غالبية مسببات الاكتئاب تنتج عن اليأس، والذي قد يكون ناتجا عـن 1 عـدم حـدوث نتـائج مرغوبة 2 عـدم رغبـة الشـخص في تغيـير اسـتجابته تجـاه موقـف بعينـه، ومـن خـلال هـذا النموذج فإنه يفترض أن اليأس يسهم في تكوين أحد أنماط الاكتئاب الاكتئاب الناتج عن اليأس وهو ما يمكن أن نصف أعراضـه بانخفـاض الـدافع، والحـزن، والنـزوع إلى الانتحـار، وانخفـاض الطاقة، والإعاقة النفسية الحركية، والنوم المتقطع، وانخفاض التركيز، والمعارف السلبية .



شكل 5-10 : العناصر الأساسية لنظرية اليأس المفسرة للاكتئاب.

وينظر لليأس على أنه نتيجة لأحداث الحياة التي لها أهمية في حياة الشخص وتقييم الشخص لذاته، ويركز هذا النموذج على ثلاثة أبعاد رئيسة من العزوات، وهي التفسيرات التي يخرج بها الشخص حول سبب حدوث أحد العوامل الضاغطة Weiner, Kukla, Frieze, et . al., 1971

1- أسباب ثابتة دائمة في مقابل أسباب متغيرة مؤقتة.

2- أسباب عامة تتعلق بالكثير من مجالات الحياة في مقابل أسباب محددة تتعلق بمجال واحد فقط.

جدول 5-5 : مثال على العزو: لماذا رسبت في امتحان الرياضيات للقبول بالدراسات العليا

	ثابتة	متغيرة
عامة	ينقصني الذكاء	أنا مرهق
محددة	تنقصني القدرة على حل المسائل الرياضية	سئمت من الرياضيات

يوضح جدول 5-5 هذه الأبعاد من خلال التعرض لكيفية تفسير مختلف الأشخاص لسبب حصولهم على درجات منخفضة في امتحان القبول بالدراسات العليا GRE في الولايات المتحدة الأمريكية. ويشير هذا النموذج المنقح إلى أن الأشخاص الذين يدفعهم أسلوب العزو Attributional Style الخاص بهم إلى الاعتقاد في أن الأحداث الحياتية السلبية ترجع إلى أسباب داخلية وثابتة وعامة يمكن أن يصابوا بالاكتئاب.

قام "جيرالد ميتلسكاي" Gerald Metalsky وزملاؤه بإجراء أول اختبار لنظرية اليأس. ففي بداية الفصل الدراسي قام طلبة الجامعة الذين اشتركوا في دورة تمهيدية لعلم النفس بالإجابة عن استبيان لأسلوب العزو Attributional Style Questionaire ASQ ، وكذلك استبيانات تهدف إلى تقييم طموحاتهم بالنسبة للتقديرات العلمية، والأعراض الاكتئابية التي يعانونها، ومدى إحساسهم باليأس، واحترام الذات. واستخدمت هذه المقاييس للتنبؤ بمدى استمرار الأعراض الاكتئابية عند الطلبة الذين لم ترق تقديراتهم لطموحاتهم بعد خضوعهم لأحد الاختبارات. وكانت نسبة اليأس أكبر عند الطلبة الذين عللوا حصولهم على هذه التقديرات بعوامل عامة وثابتة، إلا أن ذلك حدث فقط عند الطلبة الذين قل اعتدادهم بأنفسهم. وكان اليأس ينبئ بالأعراض الاكتئابية. ومن الواضح أن هذه النتائج تؤيد نظرية اليأس. كذلك أجريت دراسة مشابهة على الأطفال في الفرقتين السادسة والسابعة وأدت إلى نتائج مطابقة تقريبا Robinson, Garber, & Hillsman, 1995 .

قامت إحدى الدراسات بتقييم العديد من الخصائص المختلفة للنظريات المعرفية عن الاكتئاب. وفي دراسة "تيمبل-وسكنسن" Temple-Wisconsin عن الاستعداد المعرفي للاكتئاب استخدما كلا من مقياس DAS واستبيان ASQ للتنبؤ بالإصابة باضطراب الاكتئاب الرئيس وكذلك للتنبؤ باليأس الذي يعد نمطا فرعيا من هذا الاضطراب. وخلال تلك الدراسة تم تحديد المجموعات التي يزداد خطر الإصابة عندها وتلك التي يقل عندها هذا الخطر، وذلك استنادا إلى الدرجات المتحصل عليها على مقياسي DAS وASQ، وتم بعد ذلك متابعة هذه المجموعات على مدى عامين ونصف العام. وتم تصنيف 173 طالبا ينتمون إلى 25٪ العليا من التوزيعات الخاصة بكلا المقياسين على أنهم معرضون للإصابة بنسبة كبيرة؛ كما تم تصنيف 176 طالبا ينتمون إلى الخمسة وعشرين بالمئة الدنيا من هذه التوزيعات على أنهم معرضون للإصابة بنسبة قليلة. وكانت نتائج هذه الدراسة تؤيد النظريات المعرفية، حيث إن احتمال الإصابة باضطراب الاكتئاب الرئيس عند الطلبة الذين يزداد عندهم خطر الإصابة كان أكبر منه في حالة الطلبة الذين يقل عندهم خطر الإصابة. إلا أننا لا نعرف بالضبط هل هذه النتيجة تؤيد نظرية اليأس أم نظرية بيك أم كلتيهما، حيث إنه من سوء الحظ أن كلا من مقياسي DAS الذي يستخدم لاختبار نظرية بيك، وASQ وهو المقياس المستخدم في اختبار نظرية اليأس، استخدما في تحديد المجموعة التي يزداد خطر الإصابة عندها. وهذه النتائج تؤيد جانبا من نموذج اليأس، وهو أن المقاييس المعرفية تنبأت بحدوث الأعراض المحددة التي تعرف باكتئاب اليأس Alloy, Abramson, Whitehouse, et . al., 2006

نظرية الاجترار Rumination Theory

وبينما نظرية "بيك" ونموذج اليأس يركزان على طبيعة الأفكار السلبية، فقد أوضحت "سوزان نولين-هويكسيما" 1999 Suzan Nolen Hoeksema أن هناك طريقة معينة من التفكير تسمى "الاجترار" يمكنها أن تزيد من مخاطر الاكتئاب، ويعرف الاجترار بأنه الميل إلى إعادة وتكرار التجارب والأفكار السلبية وهي أشبه بإعادة مضغ شيء ما مرة بعد مرة، وأوضح أشكال الاجترار هو الميل إلى الشعور بالندم والحسرة والتساؤل عن أسباب وقوع الأحداث المحزنة Treynor, Gonzalez, & Nolen Hoeksema, 2003 .

إن الميل إلى الاجترار قد تم قياسه باستخدام مقاييس تقييم الذات، وقد اتضح أنها تنبئ عن مجموعة من حالات الاكتئاب وذلك لدى الأشخاص الذين لا يعانون الاكتئاب Just & Alloy, 1997; Morrow & Nolen Hoeksema, 1990; Nolen Hoeksema, 2000 ، وكما أوضحنا في الجزئية الخاصة بالاكتشافات 5-1 فإن من أهم النقاط التي تتعلق بهذه النظرية أن لدى النساء ميلا للاجترار أكثر مما لدى الرجال، ولعل السبب في هذا هو الثوابت الثقافية حول العاطفة وما يتعلق بالتعبير عنها، ويشير ميل النساء إلى الاجترار إلى أنهن الأقرب للإصابة بمخاطر الاكتئاب مقارنة بالرجال Nolen Hoeksema, 2000 .

هناك عشرات من الدراسات التي أجريت بغرض الوقوف على الكيفية التي يؤثر بها الاجترار على الحالات المزاجية وحل المشكلات، وغالبا فعند الشعور بالاجترار يكون المشاركون عرضة للضغوط ثم يطلب منهم التعبير عن مشاعرهم الحالية وعن أنفسهم. مثال: فكر في الطريقة التي تشعر بها بداخلك، وكنوع من المعايير الضابطة فقد طلب من المشاركين التفكير في موضوعات لا ترتبط بهم أو بمشاعرهم. فكر في نيران تتأجج في المدفأة Watkins, 2008 ، وقد أشارت هذه الدراسات التجريبية إلى أن الاجترار يرتبط بحل المشاكل وزيادة الحالات المزاجية السلبية خاصة عندما يركز الأشخاص على النواحي السلبية سواء فيما يتعلق بأمزجتهم أو أنفسهم Watkins, 2008 .

الجمع بين العوامل المسببة للاضطرابات الاكتئابية

Fitting Together the Etiological Factors in Depressive Disorder

تزايدت الدراسات التي تدمج بين المسببات البيوعصبية والنفسية لاضطرابات الاكتئاب، ومثال على ذلك الدراسات التي تجرى على الجين الناقل للسيروتونين، والذي يقوم بتعديل مستويات السيروتونين. واهتم الباحثون اهتماما خاصا بهذا الجين فيما يتعلق بالاكتئاب، حيث تزايدت فاعلية مضادات الاكتئاب التي تستهدف عملية استرجاع السيروتونين، وقد ظهر في نسانيس ريسس أن وجود أشكال متعددة لهذا الجين على الأقل صبغ واحد قصير يرتبط بالقصور في وظائف السيروتونين، وخلصت إحدى الدراسات إلى أن الأشخاص الذين لديهم أشكال متعددة من هذا الجين كانوا أكثر عرضة للإصابة بالاكتئاب ممن لا تتعدد عندهم أشكال هذا الجين بعد التعرض لأحد المواقف الحياتية العصيبة Caspi, Sugden, Moffitt, et al., 2003 . أي أن وجود صبغ واحد قصير على الأقل كان يرتبط بزيادة التفاعلية مع الضغط النفسي انظر شكل 5-11 ، لذا يبدو أن بعض الأشخاص يرثون طبيعيا منظومة للسيروتونين أكثر ضعفا من غيرهم، وهو ما يؤدي بعد ذلك إلى زيادة عرضة هؤلاء الأشخاص للإصابة بالاكتئاب عند التعرض لأحد العوامل الضاغطة الشديدة. وقد تم التوصل إلى هذه النتائج في العديد من

شكل 5-11: تتفاعل أحداث الحياة مع الجين الناقل مما ينبئ عن أعراض الاكتئاب

الدراسات؛ خاصة عندما تعتمد هذه الدراسات على استخدام معايير دقيقة حول المنغصات الحياتية Uher & McGuffin, 2010 ، وعلى ذلك فإن فهذا النوع من الاستعداد المرضي البيوعصبي يمكن أن يمهد الطريق للإصابة باضطراب الاكتئاب بعد التعرض للأحداث الحياتية شديدة السلبية. ومن العجيب أن تعدد أشكال الجين الناقل للسيروتونين يرتبط أيضا بزيادة النشاط في اللوزة Hariri, Drabant, Munoz, et al., 2005 . إن هذه النوعية من الدراسات التي تمزج بين عوامل المخاطرة البيوعصبية والوراثية والمتغيرات الاجتماعية والنفسية تشيع على نحو متزايد، وعند أخذ مجموعة المتغيرات هذه في الحسبان، يمكن للباحثين صياغة نماذج أكثر دقة توضح الأشخاص الذين يحتمل إصابتهم بالاكتئاب أكثر من غيرهم، وتحديد طبيعة الظروف المؤدية إلى ذلك.

العوامل الاجتماعية والنفسية في اضطراب ثنائية القطبية

Social and Psychological Factors in Bipolar Disorder

معظم من يعانون إحدى نوبات الهوس يتعرضون أيضا لإحدى نوبات اضطراب الاكتئاب الرئيس خلال حياتهم، إلا أن ذلك لا يحدث مع جميع الناس. ولهذا يحاول الباحثون كثيرا دراسة مسببات نوبات الهوس والاكتئاب على نحو منفصل في إطار الاضطراب ثنائي القطبية.

الاكتئاب في اضطراب ثنائية القطبية Depression in Bipolar Disorder

تبدو مسببات نوبات الاكتئاب في اضطراب ثنائية القطبية مشابهة تماما لمسببات نوبات اضطراب الاكتئاب الرئيس Johnson, Cuellar, & Miller, 2010 ، فكما هي الحال مع اضطراب الاكتئاب الرئيس، فإن الأحداث الحياتية السلبية تلعب دورا مهما في تعجيل حدوث نوبات الاكتئاب في اضطراب ثنائية القطبية، وبالمثل في الحالات العصابية، وحالات الأساليب المعرفية السلبية Reilly- Harrington, Alloy, Fresco, et al., 1999 ، وكذا التعبير عن المشاعر Yan, Hammen, Cohen, et al., 2004 ، وفقدان المساندة الاجتماعية جميعها تدعم التنبؤ بظهور أعراض اكتئابية في اضطراب ثنائية القطبية.

مؤشرات الهوس Predictors of Mania

أظهرت النتائج أن هناك صنفين من العوامل التي يمكن أن تزيد من ظهور أعراض الهوس بمرور الوقت، وهما: الحساسية تجاه المكافأة reward sensitivity، والحرمان من النوم sleep deprivation، وكلا النموذجين يتيح التكامل بين الحقائق النفسية والبيولوجية حول قابلية الإصابة بالهوس.

الحساسية تجاه المكافأة Reward Sensitivity: يشير النموذج الأول إلى أن السبب في حدوث الهوس هو وجود اضطراب في منظومة الإثابة في المخ Depue, Collins, & Luciano, 1996 ، وأشار الباحثون إلى أن المصابين باضطراب ثنائية القطبية يصفون أنفسهم في مقاييس التقرير الذاتي بأنهم سريعو الاستجابة للإثابة Meyer, Johnson, et al., 2001 . كذلك فإن الاستجابة الحادة للإثابة قد أعانت في فهم الكثير من أعراض إحدى مجموعات الاضطراب ثنائي القطبية Alloy, Abramson, Walshaw, et al., 2008, 2009 ، وهو ما يؤدي إلى تزايد حدة الهوس Meyer et al., 2001 ، بالإضافة إلى ذلك هناك مجموعة معينة من الأحداث الحياتية قد تنبئ بزيادة أعراض الهوس عند المصابين باضطراب ثنائية القطبية Johnson, Cuellar, Ruggero, et al., 2008, 2000 ، خاصة تلك الأحداث الحياتية التي تتعلق بتحقيق الأهداف، مثل القبول في الدراسات العليا أو الزواج. كيف يمكن لهذه النجاحات أن تؤدي إلى زيادة الأعراض؟ اقترح الباحثون أن الأحداث الحياتية التي تتعلق بالنجاح يمكن أن تتسبب في تغيرات معرفية في الثقة بالنفس، ثم تتفاقم هذه التغيرات وتتحول إلى سعي مبالغ فيه وراء تحقيق الأهداف Johnson, 2005 . وقد يؤدي ذلك السعي الجاد لتحقيق هذه الأهداف إلى نوبات الهوس عند المصابين باضطراب ثنائية القطبية.

الحرمان من النوم Sleep Disruption: استخدم الباحثون العديد من المناهج الموثقة والتي أشارت إلى الربط بين الهوس واضطرابات النوم واختلال النظام اليومي Murray & Harvey, 2010 ، وأشارت الدراسات التجريبية إلى أن الحرمان من النوم يمكن أن يؤدي إلى إحدى حالات الهوس، وفي إحدى الدراسات التي أجريت على بعض من يعانون الاضطرابات ثنائية القطبية، طلب منهم البقاء في أحد مراكز دراسات النوم وتم إبقاؤهم متيقظين طوال الليل، وفي الصباح التالي ظهرت على 10 بالمائة منهم بعض أعراض الهوس المتوسط Colombo, Benediti, Barbini, et al., 1999 ، وفي الدراسات الطبيعية اتضح أن الأشخاص الذين يمرون بأحداث حياتية مزعجة تمنعهم من النوم، قد تظهر عليهم أعراض إحدى حالات الهوس Malkoff-Schwartz, Frank, Anderson, et al., 2000 . وكما أن عرقلة النوم قد تتسبب في ظهور أعراض الهوس، فإن الوقاية منها وتسهيل النوم يقلل من ظهور أعراض الاضطرابات ثنائية القطبية Frank, Swartz, & Kupfer, 2000 ، ويمكن بمراجعة حالة الدراسة المذكورة في جزئية الاكتشافات 4-1 التي تتناول تسبب الحرمان من النوم وبقاء المرء مستيقظاً لفترة طويلة في الفراش دراسة عوامل التسبب في ظهور أعراض الاضطرابات ثنائية القطبية. إن عرقلة النوم واضطراب النظام اليومي من العناصر المهمة في تفسير أخطار الهوس.

ملخص سريع:

تؤكد الدراسات على أن أحداث الحياة قد تتسبب في الإصابة بالاضطراب الاكتئابي الرئيس، ونظراً لأن كثيرا من الناس لا يصابون بالاكتئاب بعد أحداث الحياة القاسية، فإن الباحثين قد درسوا استعداد الأشخاص للإصابة بناء على أحداث الحياة التي يمرون بها.

تناولت إحدى الدراسات البين شخصية دور انخفاض المساندة الاجتماعية والمشاعر التي يعبر عنها بقوة، والحاجة إلى الطمأنة، وانخفاض المهارات الاجتماعية؛ كلها عوامل قد تؤدي إلى الإصابة بالاكتئاب.

إضافة إلى العوامل الاجتماعية، فإن العوامل النفسية تعتبر أيضاً عوامل خطر يمكن من خلالها أن نفسر إصابة بعض الأشخاص بالاكتئاب. تشير الدلائل إلى أن العصابية الذي ينطوي على آثار سلبية يمكن أن يكون مؤشرا على الإصابة بالاكتئاب. هناك عوامل معرفية مثل المخططات السلبية، والمعتقدات السلبية تجاه الذات أو العالم أو المستقبل، والميل إلى استدعاء الذكريات السلبية بدلا من الإيجابية، ووجهات النظر الخاصة والعامة تجاه مسببات الضغط النفسي قد تؤدي إلى اليأس والميل إلى الاجترار، وهناك دلائل إيجابية تؤكد على أثر كل واحد من هذه الأنماط المعرفية.

لا يتوافر سوى القليل من الأبحاث عن الاضطرابات ثنائية القطبية، إلا أن الكثير من الأعراض التي يمكن من خلالها التنبؤ بالاضطراب الاكتئابي الرئيس تظهر أيضا كأعراض للاضطراب ثنائي القطبية. يمكن التنبؤ بالإصابة بالهوس من خلال اضطراب النوم وأحداث الحياة المتضمنة السعي إلى تحقيق الهدف.

علاج الاضطرابات المزاجية Treatment of Mood Disorders

تنتهي معظم حالات الاكتئاب بعد أشهر قليلة، ولكن قد تبدو هذه الفترة أطول مما هي عليه لدى بعض الأشخاص ومن هم قريبون منهم، وبالنسبة للهوس فإن الأعراض الحادة إذا ظهرت لمدة أيام قليلة فقد تتسبب في مشكلات تمس العلاقات والأعمال. فضلا عن ذلك فإن الانتحار يعد أحد المخاطر التي تهدد من يعانون الاضطرابات المزاجية. لذا فمن المهم معالجة الاضطرابات المزاجية، وفي واقع الأمر فقد أشارت دراسة حديثة إلى فائدة علاج الاكتئاب، وفي دراسة أخرى قام الباحثون بتطبيق برنامج على 16 شركة من كبرى الشركات في الولايات المتحدة الأمريكية وذلك لتحديد الإصابة بالاكتئاب، وتقديم نصائح للأشخاص الذين يعانونه، بل وعرض العلاج من خلال الهاتف Wang, Simon, Avorn, et al., 2007 ، وعلى الرغم من أن تكلفة البرنامج بضع مئات من الدولارات للعامل الواحد، فإنه وفر نحو 1800 دولار لكل موظف فيما يتعلق بإهدار وقت العمل والعائد من الموظف، وغير ذلك من التكاليف الأخرى.

إن أحد الأهداف المهمة للصحة العامة هو زيادة عدد الأشخاص الذين يتلقون معالجة ملائمة، وبالتأكيد فإن كثيراً من الأشخاص يحاولون الحصول على العلاج، فهناك ما يزيد على 180.000.000 وصفة طبية لاستخدام مضادات الاكتئاب يتم إصدارها سنويا في الولايات المتحدة IMS Health, 2006 ، وعلى الرغم من ذلك فإن المسوح قد أوضحت أن نصف من يعانون أعراض الاكتئاب الرئيس لا يتلقون الرعاية اللازمة Gonzalez, et al., 2010 .

سنتناول في هذا القسم العلاجات النفسية للاضطراب الاكتئابي والاضطراب ثنائي القطبية، ثم سنعود إلى العلاجات الحيوية المستخدمة في علاج الاضطراب الاكتئابي والاضطراب ثنائي القطبية.

العلاج النفسي للاكتئاب Psychological Treatment of Depression

هناك أشكال عديدة من المعالجة النفسية التي أوضحت فائدتها في تخفيف الاكتئاب، وبالنسبة للدراسات التي تناولت المسببات، فإن معظم الأبحاث قد ركزت على الاضطراب الاكتئابي الرئيس، وقد أشرنا إلى العلاجات التي ظهرت فاعليتها في علاج عسر النوم.

العلاج النفسي البين شخصي Interpersonal Psychotherapy

هناك نوع من المعالجة يطلق عليه العلاج النفسي البين شخصي Interpersonal Psychotherapy IPT يتم تقديمه في المتابعات السريرية، وكما سبق وتناولنا في الفصل الثاني، فإن العلاج النفسي البين شخصي يقوم على أن الاكتئاب مرتبط بصورة وثيقة مع المشكلات البين شخصية Klerman, Weissman, Rounsaville, & Chevron, 1984 ، فجوهر هذا العلاج هو معالجة المشكلات البين شخصية الرئيسة كدور التحولات والصراعات البين شخصية والعزاء، والانعزال البين شخصي، وبالطبع فإن المعالج والمريض يركزان على قضية أو قضيتين من هذه القضايا، وذلك بهدف مساعدة الشخص في تحديد مشاعره تجاه هذه القضايا، وإجراء مناقشات قيمة بشأنها وأحد تغييرات تتمثل في حل المشكلات المرتبطة بهذه القضايا، وكما هى الحال في العلاجات التي تعتمد على العلاج المعرفي فإن العلاج النفسي البين شخصي قد يتم خلال فترة وجيزة مثل: 16 جلسة، وتتضمن الأساليب مناقشة المشكلات البين شخصية، واستكشاف المشاعر السلبية، والحث على التعبير عنها، وتحسين طرق التواصل اللفظي وغير اللفظي وحل المشكلات، واقتراح نماذج سلوكية مفيدة.

هناك العديد من الدراسات التي خلصت إلى أن العلاج النفسي البين شخصي فعال في علاج الاضطراب الاكتئابي الرئيس Elkin, Shea, Watkins, et al., 1989 ، وأنه يقي من الانتكاس عند استمراره بعد الشفاء Frank, Kuper, Perel, et al., 1990 .

علاوة على ذلك، فقد أشارت الدراسات إلى أن العلاج النفسي البين شخصي يفيد في علاج حالات الاضطراب الاكتئابي الرئيس لـدى اليـافعين Mufson, Weissman, Moreau, et al., 1999 ، ولـدى النسـاء خـلال فـترة النفـاس O' Hara, Stuart, Gorman, et al., 2000; Zlotnick, Johnson, Miller, et al., 2001 . في دراسة أجريت على القـرويين في أوغنـدا، قـدمت بعـض جلسـات العـلاج الـنفسي البـين شـخصي لتخفيـف الأعـراض الاكتئابيـة Bolton, Bass, Neugebauer, et al., 2003 . كذلك فقد اتضحت فاعلية العلاج النفسي البين شخصي في علاج عسر النـوم Markowitz, 1994 ، وظهـر أن العـلاج الـنفسي البـين شـخصي مفيـد لتخفيـف الاكتئاب في العديد من المجموعات المختلفة.

العلاج المعرفي Cognitive Therapy

بناء على نظريتهم القائلة بأن سبب الاكتئاب هو الاضطراب والمعرفة السلبية، فإن "بيك" وزملاؤه قد أشاروا إلى أن العلاج المعرفي يهدف إلى التنبيه بشأن أنماط التفكير السلبي، فالمعالج يسعى إلى مساعدة المريض بالاكتئاب في تغيير رأيه حول ذاته، فعندما يصرح الشخص بازدرائه لذاته لأن "ما من شيء يتم بشكل صحيح"، وأن شيئا يقوم بعمله ينتهي إلى نهاية كارثيـة، فـإن المعالج يسعى إلى مساعدة المريض لإيجاد الأدلة التي تثبت عكس ذلك التعميـم المبـالغ فيـه. كما يقوم المعالج بتعليمه كيفية مراقبـة ومتابعـة أنمـاط الأفكـار التـي تـؤدي بـه إلى الشـعور بالاكتئاب، ثم يقوم بتعليمه أيضا كيفية تحدي المعتقدات السلبية وتعلم الاسـتراتيجيات التـي تشجع على وضع توجهات واقعية وإيجابية، وفي الغالب يطلب مـن المـرضى متابعـة أفكـارهم بصورة يومية ليتمرنوا على تحدي الأفكار السلبية - راجع جدول 5 كمثال على مراقبة الأفكار كنوع من الواجبات المنزلية، وقد أوضح "بيك" أن هذا العلاج قائم على إعادة التقيـيم المعـرفي مثل إقناع الشخص بالتفكير بصورة أقل سلبية.

كما يدرج "بيك" أيضـا أحـد الأسـاليب السـلوكية في العـلاج الخـاص بـه يـدعى التنشـيط السـلوكي Behavioral Activation BA ، حيـث يطلـب مـن الأشـخاص القيـام بـبعض مهـام النشاط بغرض إكسابهم خبرات مفيدة وجعلهم يحسنون التفكير في أنفسهم. فالمعالج الـنفسي على سبيل المثال يحث المرضى على القيام ببعض الأشـياء التـي تزيـد مـن فـرص تعـرض هـؤلاء المرضى لخبرات إيجابية، مثل النهوض من السرير في الصباح، والخـروج للـمشي، والحـديث مـع الأصدقاء.

إن ما يزيد على 75 متابعة منضبطة من المتابعـات التـي أجريـت عـلى تطبيـق العلاج المعرفي في علاج الاكتئاب Gloaguen, Cottrax, Cucherat, et al., 1998 ، وأوضحت العديد مـن الدراسـات فاعليـة العـلاج المعـرفي في تخفيـف حـدة أعـراض الاضـطراب الاكتئـابي الـرئيس Hollon, Haman, & Brown, 2002 ، ومـع بعـض التعديلات فـإن العـلاج المعـرفي يعتـبر أسـلوبا واعـدا لعـلاج عسر المـزاج Hollon,

Haman, & Brown, 2002 . إن الاستراتيجيات التي يتعلمها المريض من العلاج المعرفي تساعد على تقليل مخاطر الانتكاس بعد إتمام العلاج، ومن القضايا المهمة التي ينبغي الإشارة إليها ما يتعلق بمدى شيوع الانتكاس في حالات الاضطراب الاكتئابي الرئيس Vittengle, Clark, Dunn, et al., 2007 . وغالبا ما يساعد العلاج المعرفي في منع تكرار الإصابة، وبالنسبة لمعظم من تتبع معهم هذه الاستراتيجية فإنهم يحتاجون إلى خمس نوبات من الاكتئاب حتى يمكنهم الحصول على الوقاية اللازمة من خلال العلاج المعرفي Bockting, Schene, Spinhoven, et al., 2005 .

جدول 5-6 : مثال لمتابعة الأفكار اليومية، وهي استراتيجية تتبع غالباً في العلاج المعرفي

اليوم والتاريخ	الموقف ماذا حدث؟	الشعور السلبي نوع الشعور حزين، عصبي، اهتياج المشاعر 0-100	الأفكار السلبية الفورية	إلى أي مدى تؤمن بهذه الأفكار الأولية؟ 0-100	الأفكار البديلة رؤية أخرى للحدث	أعد تقدير معتقداتك الأولية	النتيجة نمط الشعور، شدة الشعور 100-0 بعد التفكير في البدائل.
الثلاثاء صباحا	أخطأت في تقرير بالعمل	حزين90 - محرج80 -	دائما أفسد الأشياء، ولن أفلح في أي شيء،	90	مديري لم يعطني الوقت الكافي لإعداد التقرير، كان يمكنني أن أقوم بذلك بشكل أفضل لو أن لدي الوقت	50	الارتياح50 - الحزن30 -
الأربعاء وقت العشاء	بينما أتناول عشائي في مطعم شاهدت زميلة دراسة قديمة تجلس إلى الطاولة المجاورة ولكنها لم تعرفني	حزين95 -	أنا نكرة	100	لعل شعري قد تغير كثيرا منذ آخر عهدنا معا، وأحيانا حتى المقربين مني لا يميزونني، وربما كانت ستفرح إذا ما شاهدتني وذكرتها بنفسي	25	حزين25 -
الخميس وقت الإفطار	غادر زوجي متوجها لعمله دون أن يودعني	حزين90 -	حتى من أحبهم لا يشعرون بوجودي	100	أعلم أن لديه عرضاً تقديمياً مهماً وهذا يجعله مضطربا	20	حزين20 -

حالة سريرية: مثال على تحدي الأفكار السلبية من خلال العلاج المعرفي

يدور هذا الحديث في اتجاه واحد حيث يحاول المعالج أن يتحدى الأفكار السلبية لدى المريض من خلال استخدام العلاج المعرفي، إلا أن الأمر يستغرق عدة جلسات حتى يتعلم المريض النمط المعرفي ويصبح قادرا على تحديد الأفكار السلبية.

المعالج: قلت إنك "فاشلة" لطلاقك من "روجر"، والآن قد حددنا من هو "الفاشل" ولم نستفد شيئا.

المريضة: أجل، هذا يبدو واضحا.

المعالج: حسنا.. دعينا نبحث عن دليل أنك حققت أو لم تحققي أي شيء، ارسمي خطاً في منتصف الصفحة، وفي الجزء العلوي أريدك أن تكتبي " لقد أنجزت شيئا ما".

المريضة: قامت برسم الخط وكتبت عبارة.

المعالج: ما الدليل على أنك أنجزت بعض الأشياء؟

المريضة: لقد تخرجت في الجامعة، وأربي ابني، وأعمل في مكتب، ولدي بعض الأصدقاء، وأمارس الرياضة، وأنا أهل ثقة وأهتم بأصدقائي.

المعالج: حسناً ... لنكتب كل هذا، وفي النصف الآخر لنكتب الأفكار التي تجعلك تظنين أنك لم تنجزي أي شيء.

المريضة: حسناً .. رغم أن الأمر يبدو غير منطقي إلا أنني سأكتب أنني طلقت.

المعالج: والآن للنظر لما كتبه كسبب يعارض فكرة أنك أنجزت أي شيء، كيف تقيمين النسبة بين الأمرين؟ هل بنسبة 50 إلى 50 بالمائة.

المريضة: يمكنني القول إن النسبة 95٪ لصالح الأفكار الإيجابية.

المعالج: والآن كم هي نسبة اعتقادك أنك قد أنجزت أشياء في حياتك؟

المريضة: 100٪.

المعالج: وكم هي نسبة اعتقادك أنك فاشلة لأنك طلقت؟

المريضة: ربما لا أكون أنا الفاشلة ولكن الزواج هو الذي فشل. سأعطي لنفسي 10 بالمئة

مقتبس من ص 46، ليحي Leahy, 2003 .

ملحوظة: هذا الحوار يتناول بعضا من الأفكار السلبية وليس كلها، والجلسات التالية تتناول أفكاراً سلبية أخرى.

ظهرت إصدارات للعلاج المعرفي يستخدم فيها الحاسب الآلي، وبالطبع فإن هذه النسخ تتضمن تواصلا مع المعالج النفسي ليقوم بالتقييم المبدئي، والإجابة على التساؤلات، وتوفير الدعم والتشجيع على القيام بالواجبات المنزلية. لقد أجريت العديد من المتابعات المنضبطة معتمدة على عينات عشوائية من المرضى، وأبانت هذه المتابعات أن أنماط الحاسب الآلي من العلاج المعرفي أكثر فاعلية مقارنة بأنماط المعالجة

الاعتيادية والتي يطلب فيها من المريض أن يبحث عن العون من مصادر أخرى اعتاد عليها Spek, Cuijpers, Nyklicek, et al., 2007 .

وهناك نسخة معدلة ظهرت مؤخرا من العلاج المعرفي تسمى العلاج المعرفي القائم على الوعي Mmindfulness-based cognitive therapy MBCT تركز على منع الانتكاس بعد العلاج الناجح للنوبات المتكررة من اضطراب الاكتئاب الرئيس Segal, Williams, Teasdale, 2001 . يقوم العلاج المعرفي القائم على الوعي على افتراض أن الشخص يصبح عرضة للانتكاس بسبب قيامه باستمرار بالربط بين الحالة المزاجية الحزينة والأفكار السلبية التي تنقص من قدر الذات وتتميز باليأس، أثناء نوبات اضطراب الاكتئاب الرئيس. وبالتالي عندما يشعر الذين تعافوا من الاكتئاب بالحزن تدور في رؤوسهم نفس الأفكار السلبية التي كانت لديهم أثناء الاكتئاب. وهذه الأفكار التي ظهرت من جديد تقوم بدورها بإطالة حالة الحزن وزيادتها Teasdale, 1988 . لذا فإن هؤلاء عانوا من قبل اضطراب الاكتئاب الرئيس.

إن الهدف من العلاج المعرفي القائم على الوعي هو تعليم الأشخاص كيفية إدراك لحظات الاكتئاب، ومحاولة تبني ما يمكن تسميته بالمنظور "اللامتمركز" decentered، بحيث ينظرون إلى تلك الأفكار على أنها مجرد "أحداث عقلية" وليس خصائص أساسية للذات أو انعكاسات حقيقية للواقع، فيمكن أن يقول الشخص لنفسه مثلا بعض العبارات مثل "الأفكار ليست حقائق" و"انا وأفكاري لسنا كيانا واحدا Teasdale, Segal, Williams, et al., 2000, p. 616 ، وبتعبير آخر فإن هذا العلاج يستخدم مجموعة متنوعة من الأساليب، ومن بينها الأدوية - ويتعلم الشخص بمرور الوقت الاستقلال بذاته عن الأفكار والمشاعر المرتبطة بالاكتئاب، ومن المعتقد أن هذا المنظور يمكن أن يمنع تزايد حدة الأفكار السلبية التي قد تسبب الاكتئاب.

خلال إحدى الدراسات متعددة المواقع Teasdale et al., 2000 تمت مقارنة معدلات الانتكاس عند مرضى الاكتئاب السابقين، بحيث تم تكوين مجموعتين منهم عشوائيا تلقت إحداهما العلاج المعرفي القائم على الوعي وتلقت الأخرى "العلاج المعتاد"، أي أن الباحثين طلبوا من المرضى اللجوء إلى طبيب العائلة أو أي شخص آخر كما يفعلون عادة. وقد أوضحت نتائج هذه الدراسة أن العلاج المعرفي القائم على الوعي كان أكثر فعالية من "العلاج المعتاد" في تقليل التعرض للانتكاس عند الأشخاص الذي عانوا من قبل ثلاثاً من نوبات اضطراب الاكتئاب الرئيس أو أكثر. إلا أنه لا يبدو أن هذا العلاج يحول دون انتكاس المرضى الذين عانوا من قبل نوبة واحدة فقط أو اثنتين من نوبات الاكتئاب Ma & Teasdale, 2004 . لذا فإن هذا العلاج هو علاج واعد للمرضى الذين يزداد عندهم تكرار نوبات الاكتئاب الرئيس.

العلاج بالتنشيط السلوكي Behavioral Activation Therapy

سبق أن ذكرنا من قبل أن التنشيط السلوكي هو أحد مكونات منظومة علاج "بيك"، وقد تطور التنشيط السلوكي ليصبح طريقة معالجة مستقلة Lewinsohn, 1974 ، ويقوم هذا النوع من العلاج على فكرة أن الكثير من عوامل الخطر المسببة للاكتئاب قد تكون ناجمة عن انخفاض مستويات تعزيز الذات. لذا فإن أحداث الحياة، وانخفاض المساندة الاجتماعية، والضغوط الأسرية، والفقر، والفروق الفردية فيما يتعلق بالمهارات الاجتماعية والشخصية والاتصال يمكن أن تؤدي إلى انخفاض مستويات التعزيز الإيجابي للذات، فيبدأ الاكتئاب في الظهور، وكذا الخمول والانسحاب، والكمون وهي الأعراض الغالبة في هذه الحالات، وهذه الأعراض ذاتها هي التي تشير إلى وجود انخفاض في مستويات التعزيز الإيجابي للذات Lewinsohn, 1974 ، وبالتالي فإن الهدف من التنشيط السلوكي هو زيادة المشاركة في أنشطة التعزيز الإيجابي للذات وذلك لتفادي الاكتئاب، والانسحاب، وتجنب الناس Martell, Addis, & Jacobson, 2001 .

وقد حظي العلاج بالتنشيط السلوكي على قدر كبير من الاهتمام بعد ظهور النتائج الايجابية الخاصة بإحدى الدراسات التي أجريت على علاج بيك، وأثبتت أن عنصر التنشيط السلوكي فيه هو الأكثر فعالية Jacobson & Gortner, 2000 . وتشير تلك النتائج إلى أن هذا العنصر في علاج بيك أدى إلى ذات التأثير الذي تحدثه تلك الطريقة العلاجية بكامل عناصرها في علاج اضطراب الاكتئاب الرئيس والوقاية من الانتكاس على مدى عامين من المتابعة Dobson, Hollon, Dimidjian, et al., 2006 ، وهناك دراسة تطبيقية لقياس مدى فاعلية التنشيط السلوكي حيث أجريت الدراسة على 214 مريضاً يعانون اضطراب الاكتئاب الرئيس Dimidjian, Hollon, Dobson, et al., 2006 ، كذلك فقد اتضح أن العديد من أشكال العلاج السلوكي كان لها تأثير فعال Oie & Dingle, 2008 ، ويتم الآن تطبيق هذه الطرق في العديد من الجهات وعلى مرضى من مختلف البيئات والخلفيات بنجاح كبير Dimidjian, Barrera, Maetell, et al., 2011 . وتتحدى هذه النتائج الفكرة التي ترى أن الأشخاص لابد لهم من القيام مباشرة بتعديل الأفكار السلبية من أجل تخفيف حدة الاكتئاب، كما أشارت إلى أن إشراك الأشخاص في أنشطة هادفة قد يكون كافيا.

العلاج السلوكي الزواجي Behavioral Couples Therapy

أشرنا إلى أن الاكتئاب غالبا ما يرتبط بالمشكلات القائمة بين الأشخاص، ومن بين تلك المشكلات الكرب الذي ينشأ عند الزوجين وأفراد العائلة. وقام الباحثون وفقا لتلك النتائج بدراسة العلاج السلوكي بمساعدة الزوجين باعتباره علاجا للاكتئاب. ووفقا لهذا

المنهج يتعاون الباحثون مع الزوجين من أجل زيادة التواصل والرضا بينهما. وتشير النتائج إلى أنـه عندما يعاني الشخص المصاب بالاكتئاب الكرب الزوجي أيضا، يكون هذا النوع من العلاج في مثل فعالية العلاج المعرفي الفردي في تخفيف حـدة الاكتئـاب Jacobson, Dobson, Fruzzetti, et al., 1991 . والعلاج السلوكي بمساعدة الزوجين - كما هو متوقع - له ميزة يختص بهـا Barbato & D'avanzo, 2008 ، وكما قد تتوقع فإن العلاج الزواجي كثيرا ما يخفـف مـن الضـغط الأسري أكثر من العلاج المعرفي الفردي.

العلاج النفسي لاضطراب ثنائية القطبية

Psychological Treatment of Bipolar Disorder

الأدوية جـزء ضروري مـن عـلاج اضـطراب ثنائيـة القطبيـة، ويمكـن أن تكـون العلاجـات النفسية مكملة وداعمة للأدوية خاصة فـيما يتعلـق بعـلاج المشـكلات الاجتماعيـة والنفسـية، ويمكن لهذه العلاجات النفسـية المسـاهمة في تقليـل الأعـراض الاكتئابيـة في الاضـطراب ثنـائي القطبية.

إن تثقيف الأشـخاص بشـأن مـا يعانونـه هـو أحـد الوسـائل الشـائعة في عـلاج الكثـير مـن الاضطرابات، بما في ذلك اضـطراب ثنائيـة القطبيـة والفصـام، وتسـاعد منـاهج التثقيـف الـنفسي Psychoeducational Approaches في معرفة أعـراض الاضـطراب، والفـترة الزمنيـة المتوقـع أن تظهر فيها هذه الأعراض، والمسببات البيولوجية والنفسية لتلك الأعـراض، واسـتراتيجيات العـلاج، وتؤكد الدراسات أن تثقيف الأشخاص بأدق التفاصيل الخاصة باضطراب ثنائية القطبية يمكـن أن يـؤدي إلى التـزامهم بـالعلاج الـدوائي مثـل الليثيـوم Colom, Vieta, Reinares, et al., 2003 . وهذا هو أحد الأهداف المهمة لأن حوالي نصف الأشخاص الذين يعـالجون مـن اضـطراب ثنائيـة القطبية لا يلتزمـون بالانتظـام في تلقـي الأدويـة Regier, Narrow, Rae, et al., 1993 . وعـبر صديق أحد مؤلفي هذا الكتاب عن ذلك قائلا : "إن الليثيوم يقضي على النشوة والانتكـاس. وأنـا لا افتقد الانتكاس، لكني أعترف بأنني افتقد بعضا من النشوة، فقد استغرق الأمـر بعـض الوقـت حتى أتقبل فكرة أنه لابد أن أتخلى عن تلك النشوة، فانا أريد أن أحـافظ عـلى وظيفتـي وحيـاتي الزوجية". والدواء بمفرده لا يتغلب على هذا النوع من المخاوف. وعلاوة على مساعدة الأفـراد في أن يصبحوا أكثر التزاما بشأن تعـاطيهم للأدويـة، فـإن بـرامج التثقيـف قـد أوضـحت مسـاعدتها للأشخاص في تفادي دخول المصحات Morriss, Faizal, Jones, et al., 2007 .

وهناك العديد من طرق العلاج الأخرى التي تساعد في بناء المهـارات وتقلـل مـن ظهور أعراض الاضطرابات ثنائية القطبيـة، فـالعلاج المعـرفي والعـلاج العـائلي قـد نـالا الكثير من الدعم Lam, Bright, Jones, et al., 2000 ، ويستخدم العـلاج المعـرفي في

الكثير من الأنماط والأساليب المتبعة في علاج اضطراب الاكتئاب الرئيس وكذا بعض الحالات المرتبطة بالإصابة بالهوس. يهدف العلاج المعتمد على الأسرة إلى تثقيف العائلة بشأن الأمراض، وتعزيز التواصل الأسري، وتطوير مهارات حل المشكلات Miklowitz & Goldstein, 1997 .

تناول الباحثون في إحدى الدراسات الرئيسة أعراض الاضطراب ثنائي القطبية لدى أولئك الذين يعانون الكآبة أثناء تلقيهم العلاج Miklowitz, Otto, Frank, et al., 2007 ، لكي يمكن التأكد من إمكانية تعميم هذه النتائج على مختلف مراكز العلاج، فقد تم حصر المرضى الذين تلقوا العلاج في 14 مصحة من أكبر مصحات الولايات الأمريكية، وقد تلقى جميع المرضى معالجة دوائية مكثفة، وتركز اهتمام الباحثين على إذا ما كانت إضافة العلاج النفسي إلى العلاج الدوائي قد تعين في علاج الاضطراب ثنائي القطبية، وقد تم تحديد المرضى الذين سيتلقون العلاج النفسي أو خضعوا لمعايير العينة الضابطة بصور عشوائية، وقد خضع 130 مريضا للعناية القياسية لثلاث جلسات داعمة في حضور مقدم العلاج، كذلك فإن المرضى البالغ عددهم 163 مريضا الذين تلقوا علاجا نفسيا حصلوا أيضا على علاج معرفي، وعلاج معتمد على الأسرة، وقد تم تقديم العلاج النفسي لمدة تزيد على تسعة شهور، وقد أسهمت كل طريقة من طرق العلاج النفسي في تخفيف الاكتئاب بصورة أكبر مما تقدمه المعالجة القياسية المعتادة، ولم يظهر أي دليل على أن العلاج المعرفي أو العلاج المعتمد على الأسرة يختلف تأثيرهما على الاكتئاب، وأوضحت هذه النتائج أنه من المهم بالنسبة لأولئك الذين يعانون الاضطراب ثنائي القطبية أن يتلقوا العلاج النفسي عند تعرضهم للاكتئاب، وأن هناك العديد من طرق العلاج التي يمكن أن تعين في ذلك.

العلاج البيولوجي لاضطرابات الحالة المزاجية

Biological Treatment of Mood Disorders

هناك العديد من العلاجات البيولوجية المستخدمة في علاج الاكتئاب والهوس، ومن الطرق الرئيسة العلاج بالتخليج الكهربي وبالأدوية.

العلاج بالصدمات الكهربية هي طريقة فعالة لعلاج حالات الاكتئاب التي لا تستجيب لطرق المعالجة الدوائية، استخدام الصدمة الأحادية ومرخيات العضلات قللت الآثار الجانبية غير المستحبة.

علاج الاكتئاب بالتخليج الكهربي Electroconvulsive Therapy for Depression

العلاج بالتخليج الكهربي ECT هو أكثر علاجات اضطراب الاكتئاب الرئيس إثارة للجدل، والعجب. يستخدم هذا العلاج غالبا في الوقت الحاضر لعلاج حالات الاضطراب

التي لم تُجْدِ الأدوية في علاجها، ويقوم هذا العلاج على تعمد إحداث نوبة مرضية وحالة مؤقتة من الإغماء من خلال تمرير تيار كهربي تبلغ شدته من 70 إلى 130 فولت في مخ المريض. وفي السابق كان الأطباء يضعون قطبا كهربيا على كل من جانبي الجبهة، وهي طريقة تسمي العلاج بالتخليج الكهربائي ثنائي الجانب. أما اليوم فيشيع العلاج بالتخليج الكهربي أحادي الجانب، وفيه يمر التيار الكهربي في النصف غير المسيطر من الدماغ؛ النصف الأيمن عادة فقط. وفي الماضي كان المريض عادة ما يبقى مستيقظا إلى أن يؤدي التيار الكهربي إلى حدوث النوبة McCall, Rebussin, Weiner, et al., 2000 ، وكثيرا ما كانت الصدمة الكهربية تتسبب في التواءات مخيفة في الجسم، بل وتتسبب في بعض الأحيان في كسور في العظام. أما الآن فيعطى للمريض مخدراً سريع المفعول ومرخيا قويا للعضلات قبل تمرير التيار الكهربي في المخ. والتشنجات الاختلاجية في عضلات الجسم تكاد لا تكون ظاهرة، كما أن المريض يستيقظ بعد عدة دقائق دون أن يتذكر شيئا مما حدث. وعادة ما يتلقى المرضى من 6 إلى 12 جلسة علاجية تفصل بين كل جلسة والأخرى عدة أيام.

وبالرغم من تحسين الإجراءات العلاجية، فإن إحداث نوبة مرضية يعد علاجا عنيفا. فلماذا يوافق شخص على الخضوع لهذا العلاج المتطرف؟ إن الإجابة بسيطة، وهي أن هذا العلاج هو أكثر العلاجات المتاحة فعالية في حالة علاج الاكتئاب Pagnin, De Querioz, Pini, et al., 2004; UK ECT Review Group, 2003 ، خاصة الاكتئاب ذو الخصائص الذهانية Sackeim & Lisanby, 2001 ، وعلى الرغم من ذلك فإننا لا نعرف سبباً لفعالية هذا العلاج. يقر معظم المتخصصين بأن الأشخاص الذين يخضعون لهذا العلاج يتعرضون لبعض مخاطر الاضطراب المؤقت وفقدان الذاكرة، ومن الشائع جدا عدم تذكر الشخص فترة تلقيه لهذا العلاج، وفي بعض الأحيان تمتد حالة النسيان هذه إلى الأسابيع التي تسبق وتلي هذا العلاج. إلا أن الآثار الجانبية المعرفية التي يتسبب فيها العلاج بالتخليج الكهربي أحادي الجانب أقل من الآثار الناتجة عن العلاج ثنائي الجانب Sackeim & Lisanby, 2001 . كما أن هناك بعض الأدلة التي تشير إلى أن الآثار الجانبية المعرفية لهذا العلاج قد تمتد إلى 6 شهور بعد تلقي العلاج Sackeim, Prudic, Fuller, et al., 2007 ، وعلى أي حال فإن المعالجين السريريون لا يلجأون إلى استخدام العلاج بالتخليج الكهربي إلا إذا فشلت العلاجات الأقل عنفا. إن الانتهاء إلى أن الانتحار ممكن الحدوث كنتيجة للاكتئاب هو ما يشجع الكثير من الخبراء على أن استخدام هذا النوع من العلاج بعد فشل العلاجات الأخرى يعد نهجا معقولا.

أدوية اضطرابات الاكتئاب Medications for Depressive Disorders

الأدويـة هـي أكـثر وسـائل العـلاج - سـواء العلاجـات البيولوجيـة أو غيرهـا، اضـطرابات الاكتئاب وكذلك اضطراب ثنائيـة القطبيـة كـما سـنرى فـيما يـلي - شـيوعا وأكثرهـا خضـوعا للأبحـاث، يوضـح لنـا جـدول 5-7 الفئـات الـثلاث الرئيسـة مـن الأدويـة المضـادة للاكتئـاب: مثبطات الاوكسيداز أحاديـة الأمـين Maois، ومضـادات الاكتئـاب ثلاثيـة الحلقـات Tricyclic Antidepressants، ومثبطات استعادة السيروتونين الانتقائية SSRIS وآثارها الجانبية، ورغم أن الأدوية ليست فعالة مع كل الأشخاص إلا أن تأثيرات هـذه العقـاقير تتشـابه إلى حـد كبـير Depression Guidelines Panel, 1993 . وقد أثبت عدد من الدراسات مزدوجة التعمية أن هذه الأدوية تكون فعالة في عـلاج اضـطرابات الاكتئـاب، وأن 50 إلى 70 بالمئـة مـن الأشـخاص الذين يكملون العلاج تتحسن حالتهم Depression Guidelines Panel, 1993; Nemeroff & Schatzberg, 1998 . وقد أوضح أحد التحليلات الفائقة الـذي قـام بتلخـيص نتـائج الكثـير من الدراسات التي أجريت على مضادات الاكتئاب أن الفعالية السريرية لهذه الفئـات الـثلاث من الأدوية متشابهة تقريبـا Depression Guidelines Panel, 1993 . وقـد ثبـت أن هـذه الأدويـة فعالـة في عـلاج الاكتئـاب الجـزئي وكـذلك الاكتئـاب الـرئيس Hollon, Thas, & Markowitz, 2002 .

بينما أشار أحـد التقـارير إلى أن هـذه الدراسـات المنشـورة قـد تكـون مبالغـة في كيفيـة الاستجابة الإيجابية عند الأشخاص الذين تتم معالجتهم دوائيـا باسـتخدام مضـادات الاكتئـاب، وعندما قامت الشركات الدوائية بإجراء الدراسات سواء تلك التي تسبق إطلاق دواء معـين إلى السوق أو لدعم تغيير المعالجة الدوائية في الولايات المتحدة، فإنه لابد وأن تقـوم إدارة الغـذاء والدواء الأمريكية بتعبئة هذه البيانات، وقد قام فريق أحد الأبحاث الحالية باختبار ما يحدث لبيانـات الدراسـات الخاصـة بمضـادات الاكتئـاب ذلـك خـلال الفـترة بـين عـامي 1987-2004 Turner, Matthews, Linardatos, et al., 2008 ، وتحتفظ إدارة الغذاء والـدواء الأمريكيـة ببيانات 74 دراسة، وصنفت 51 بالمئة منها على أنها دراسات تضمنت نتائج إيجابية مثلا: تلك التي تدعم استخدام مضـادات الاكتئـاب ، وقـد تـم نشر جميـع هـذه الدراسـات عـدا دراسـة واحدة. أما الدراسات التي تضمنت نتائج سلبية فقد تم نشر أقل من نصـفها، وحتـى بالنسـبة للتقارير التي نشرت، فإن التقارير المنشورة تشير إلى نتـائج إيجابيـة عـلى الـرغم مـن أن إدارة الغذاء والدواء الأمريكية كانت قد صنفتها على أنها نتائج محايـدة أو سـلبية، وعـلى كـل حـال فإن النتائج المنشورة تميل نحو الإيجابية، وفي مواجهة التقـارير المحبطـة فإنـه لابـد مـن وضـع استراتيجية يمكن من خلالها إجـراء دراسـات واسـعة النطـاق لتسـاعدنا في معرفـة مـن الـذي يستجيب ومن الذي لا يستجيب لمضادات الاكتئاب، وما الذي يتعين علينا القيـام بـه حيـنما لا يصل المريض إلى الشفاء؟.

وفي محاولة لدراسة العلاج الدوائي بمضادات الاكتئاب في العالم الواقعي باستخدام عينة ضخمة، وبتطبيق البدائل العلاجية التسلسلية لتخفيف الاكتئاب Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression- STAR-D لقياس الاستجابة لمضادات الاكتئاب عند 3671 مريضا في 41 موقعا بما في 1 لكل 18 مؤسسة رعاية أولية Rush, Trivedi, Wisniewski, et al, 2006 . إن العديد من دراسات المعالجة السابقة تم إجراؤها على مرضى يعانون الاكتئاب "الخالص" مثلا: دون اختلاط بأي نوع آخر من الاضطرابات والمعالجات المقدمة في العيادات الجامعية التخصصية، وعلى النقيض تماما من الاكتئاب النقي غير المختلط، فإن معظم العلاجات كانت دوائية، فمعظم المرضى الذين خضعوا لفحص STAR-D ممن يعانون حالات اضطراب مزمنة أو متكررة وظهرت عليهم أعراض نفسية مختلطة قد تلقوا أيضا بعض العلاج الدوائي غير الناجح في نوباتهم الحالية، وإضافة إلى تحديد ما إذا كان العلاج الدوائي أو العلاج النفسي أفضل من العلاج الوهمي، فإن الهدف من هذه الدراسة كان تحديد أنماط الصعوبات العملية التي يواجهها المعالج النفسي أثناء الممارسة اليومية، فعلى سبيل المثال، إذا لم تنجح المعالجة الأولية، فهل ينجح استخدام مضاد اكتئاب في المرحلة الثانية أم هل يتم إعطاء نوعين من مضادات الاكتئاب في ذات الوقت؟ ما الخيار الأفضل في حال فشل المرحلة الثانية من المعالجة؟ وقد بدأ جميع المرضى بتعاطي السيتالوبرام سيلكسا Celexa وهو أحد مثبطات استعادة السيروتونين الانتقائية SSRIs ، فإذا لم يستجيبوا لدواء السيتالوبرام فيكون أمامهم أحد الخيارات التالية: 1- اختيار طريق علاج دوائي آخر أو استخدام السيتالوبرام، 2- إتاحة الفرصة لمرحلة علاج دوائي ثانية باستخدام السيتالوبرام 3- استخدام العلاج المعرفي إذا كانت لديهم الرغبة في دفع بعض تكاليف هذا العلاج.

اتسمت معظم النتائج برصانتها، ونحو ثلث المرضى ظهرت عليهم علامات الشفاء عند تعاطيهم السيتالوبرام Trivedi, Rush, Wisniewski, wt al., 2006 ، ومن بين أولئك الذين لم يستجيبوا للعلاج كان هناك قلة هي التي أبدت رغبة في دفع تكاليف العلاج المعرفي، ومن بين المرضى الذين لم يستجيبوا للسيتالوبرام، وتم تحويلهم إلى مرحلة ثانية من العلاج الدوائي، فإن 30.6 بالمئة وصلوا إلى الشفاء بغض النظر عن نوع المعالجة الدوائية التي تلقوها، ومن بين المرضى الذين لم يتماثلوا للشفاء سواء خلال المرحلة الأولى أو الثانية من العلاج، فإن قلة منهم هي التي استجابت لمضاد اكتئاب ثالث 13.7 بالمئة، أما الذين ظهرت عليهم استجابة لدواء رابع فكانت نسبتهم أقل 13 بالمئة. حتى بالنسبة لمن يتماثلون للشفاء بعد مرحلة من هذه المراحل فإن معدلات تعرضهم للانتكاس تكون عالية. لذا فعلى الرغم من تعدد وتعقد أنماط المعالجات المقدمة، فإن 43 بالمئة فقط

مـن المـرضى هـم مـن يبلغـون مرحلـة الشـفاء الـدائم Nelson, 2006 . تلقـي النتـائج التـي تضمنتها هذه الدراسة الضوء على عدد من الثغرات المهمة في علمنا، وأولها أننـا في حاجـة إلى المزيد من الاختبارات المتعمقة لطرق المعالجة في العـالم الـواقعي، إذ إن النتـائج تختلـف عـن تلك التي يتم الحصول عليها من العيادات التخصصـية. ثانيـاً أن هنـاك حاجـة لطـرق علاجيـة مستحدثة لعلاج أولئك الذين لا يستجيبون بشكل حسن لطرق العلاج المتاحة حاليا..

إن المخاوف التي أثارتها هذه الدراسة والأبحاث الأخرى تقودنا إلى ضرورة التركيـز عـلى فهم السبب في أن مضادات الاكتئاب تعمل بصـورة أفضـل لـدى بعـض النـاس دون غـيرهم. أظهرت دراستان تحليليتان منفصلتان أن مضادات الاكتئاب أكثر فاعلية من العلاج الـوهمي لمـن يعـانون الاكتئـاب الحـاد ولكنهـا لا تبلـغ ذلـك لـدى مـن يعـانون الاكتئـاب الخفيـف Fournier, Derubeis, Hollon, et al.,2010, Kirsch, Deacon, Huedo- Medina, et al., 2008 . بالرغم من أن هذه النتائج تسببت في جدل دائم، إلا أنه علينـا أن نتنبـه إلى أن العلاج الدوائي يركز على المرضى الذين يعانون الاكتئاب الحاد الخطير Derubeis, 2011 ، إلا أن الوصفات الطبية لا تزال توصف لمن يعانون أعراضا طفيفة.

من بين المرضى الذين توصف لهم مضادات الاكتئاب، فإن 40 بالمئة يتوقفون عن تناول العلاج الدوائي خلال الشهر الأول Olfson, Blanco, Liu, et al., 2006 وهـذا شـائع نظـرا لظهور أعـراض جانبيـة غـير مسـتحبة - راجـع جـدول 5-7 Thase, Rush, 1997 ، وتعـد مثبطات الاوكسيداز أحادية الأمين MAOIs هى أقل مضـادات الاكتئـاب اسـتخداما، وذلـك لأن لها بعض الآثار الجانبية التي يحتمـل خطرهـا عـلى الحيـاة عنـدما تسـتخدم مـع بعـض الأطعمة والمشروبات. أصبحت مثبطات استعادة السيروتونين الانتقائية SSRIs هـي الأكـثر شيوعا في الوصفات الطبية كمضاد للاكتئاب نظرا لقلة آثارها الجانبية دون غيرها مـن أنـواع مضادات الاكتئـاب Enserink, 1999 . طلبـت إدارة الغـذاء والأدويـة الأمريكيـة في مـارس 2004 من المنتجين إدراج تحذير على العبوة يتضمن معلومات تشير إلى وجود ميل للانتحـار عند استخدام مثبطات استعادة السيروتونين الانتقائية SSRIs خاصة خـلال المراحـل الأولى من العلاج أو عند الجرعات الزائدة. هناك خوف محدد فيما يتعلق بالنزعة الانتحارية لـدى الأطفال والأحداث والبالغين الصغار، واستمرت جهود البـاحثين حـول هـذه المسـألة المهمـة، ولكن النتائج جاءت متعارضـة - راجـع الفصـل 13 . تبـدو هـذه الآثـار نـادرة، إلا أن إدارة الغذاء والأدوية الأمريكية سعت إلى الوقاية من الخطر؛ حتى وإن كانت قلة من الناس هـي التي تواجه هذه الآثار.

بالرغم من أن العديد من مضادات الاكتئاب قد حققت الشفاء من نوبات الاكتئاب إلا أن الانتكاسات تحدث غالبا بعد انسحاب العقاقير Reimherr, Strong, Marchant, et al., 2001 ، وهذا ليس معناه أن ننكر ميزات الارتياح المؤقت إلا أن هناك احتمالية لظهور مشكلات بين شخصية، أو الإقدام على الانتحار، أو الاضطرار إلى دخول المصحات في حالة استمرار الاكتئاب. أظهرت نتائج إحدى الدراسات التحليلية المتعمقة التي أجريت على 31 عقارا مختلفا أن استمرار تعاطي مضادات الاكتئاب بعد الشفاء يقلل من احتمال تكرار الإصابة من 40 بالمئة إلى 20 بالمئة Geddes, Carney, Davies, et al, 2003 . تنصح أدلة العلاج باستمرار استخدام مضادات الاكتئاب لمدة لا تقل عن 6 أشهر بعد انتهاء نوبة الاكتئاب، وإلى مدة أطول إذا ما عانى المريض عدة نوبات، ولتفادي تكرار حدوث الإصابة فإن العلاج الدوائي ينبغي أن لا يكون عاليا كما كان عند المعالجة الرئيسة.

جدول 5-7 : أدوية علاج اضطرابات المزاج

التصنيف	الاسم الطبي	الاسم التجاري	الآثار الجانبية
مضادات الاكتئاب المثبطة للأوكسيديز أحادي الأمين MAO	ترانيليسيبروبين Tranylcypromine	بارانات Paranat	قد يؤدي إلى انقباضات حادة مميتة في حال تعاطيه مع بعض الأطعمة أو الأدوية، جفاف الحلق، النعاس، الصداع.
مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات Tricyclic Antidepressants	إيميبرامين Imipramine	توفرنيل Tofranil	أزمة قلبية، جلطة دماغية، انقباض حاد، ضعف الرؤية، القلق، الإجهاد، جفاف الفم، اضطرابات الهضم، خلل كهربي، زيادة الوزن
	أمتريبتلين Amitriptyline	إيلافيل Elavil	
مثبطات استعادة السيروتونين الانتقائية SSRIs	فلوكستين Fluoxetine	بروزاك Prozac	العصبية، الإجهاد، شكوى من صعوبة الهضم، النعاس،الصداع، النزعة الانتحارية، تورم، اضطراب المعدة،فقدان الاتزان، الأرق، تشوش الرؤية، الإرهاق، الوفاة نتيجة الجرعة الزائدة في حالات نادرة
مضادات الاكتئاب SSRIs	سرترالين Sertraline	زولوفت Zoloft	
مثبتات المزاج Mood Stabilizers	ليثيوم Lithium	ليثيوم Lithium	

التصنيف	الاسم الطبي	الاسم التجاري	الآثار الجانبية
مضادات الصرع Anticonvulsant	ديفالبروكس صوديوم Divalproex Sudium	ديباكوت Depakot	فرط سكر الدم، السكري، خلل التحرك الشيخوخي، وظهور مشكلات بالأوعية القلبية لدى كبار السن، المتلازمة الخبيثة للدواء المضاد للذهان
مضادات الذهان Antipsychotic	أولانزبين Olanzapine	زيبركسا Zyprexa	

الأبحاث التي تقارن بين العلاج النفسي والعلاج الدوائي لاضطراب الاكتئاب الرئيس

Research Comparing Treatments for Major Depressive Disorder

أظهر الجمع بين العلاج النفسي والعلاج بمضادات الاكتئاب تفاوتاً يتراوح بين 10-20 بالمئة مقارنة باستخدام أي من العلاج النفسي أو مضادات الاكتئاب بصورة منفردة لدى معظم من يعالجون من الاكتئاب Hollon, Thase, et al., 2002 ، وقد أوضحت إحدى الدراسات أنه حتى في حال تقديم العلاج المعرفي من خلال الهاتف لمن هم في بداية العلاج باستخدام مضادات الاكتئاب يمكن أن تحسن من النتائج مقارنة بمن يحصلون على العلاج الدوائي فقط Simon, 2009 . توفر كل طريقة من طرق العلاج مزايا فريدة، فمضادات الاكتئاب تمتاز بسرعة فاعليتها مقارنة بالعلاج النفسي وذلك لأنها توفر راحة سريعة، أما العلاج النفسي فيستغرق وقتاً أطول إذ إنه يعلم الأشخاص المهارات التي يمكنهم الاستفادة منها بعد إتمام العلاج للوقاية من الوقوع في حالة من الاكتئاب.

يهتم كثير من المرضى بمعرفة إذا ما كان تعاطي الدواء أم الخضوع للعلاج هو الأكثر فاعلية في تخفيف الأعراض، وفي أربع دراسات أولية تلقى المرضى العلاج المعرفي وكذلك للحد من أعراض الاكتئاب Derubeis, Gelfand, Tang, et al., 1999 ، ولكن في دراسة أساسية أخرى لم تظهر على من تلقوا العلاج المعرفي أعراضا كتلك التي ظهرت على من تناولوا العقاقير عند علاج الحالات الحادة من الاكتئاب Elkin, Shea, & Shaw, 2003 ، ولتوضيح التعارض بين هذه النتائج المختلطة، قام الباحثون بإعداد متابعة للمقارنة بين العلاج المعرفي ومضادات الاكتئاب في علاج الاكتئاب الحاد Hollon & Derubeis, 2003 ، وقام الباحثون بتوزيع 240 من المرضى المشخصين باضطراب الاكتئاب الرئيس توزيعا عشوائيا على عدة مجموعات، تلقت إحداها علاجا معرفيا، وأخرى تتلقى علاجا نفسيا بين شخصي، وثالثة تتلقى علاجا كيماويا، ورابعة تتلقى علاجا وهميا. واستمرت كل هذه الأنواع من العلاج لمدة أربعة أشهر، ثم تمت متابعة الذين تعافوا لمدة 12 شهرا بعد ذلك، وظهرت فاعلية العلاج

المعرفي والتي فاقت العلاج الوهمي، وتميز العلاج المعرفي بأنه أقل تكلفة من العلاج الدوائي . Hollon, Derubies, Shelton, et al., 2005

علاج اضطراب ثنائية القطبية باستخدام الأدوية Medications for Bipolar Disorder

يطلق على الأدوية التي تقلل من أعراض الهوس الأدوية المثبتة للحالة المزاجية Mood-Stabilizing Medications. كان الليثيوم، وهو عنصر كيميائي طبيعي، هو أول مثبتات الحالة المزاجية التي تم التوصل إليها. وقد أدى تناول هذا العقار إلى تحسن حالة ما يقرب من 80٪ من المصابين باضطراب ثنائية القطبية I Prien & Potter, 1993 . وعلى الرغم من تقليل حدة الأعراض عند استخدام الأدوية، إلا أن هناك بعض الأعراض التي قد تستمر عند معظم المرضى كأعراض الهوس والاكتئاب على الأقل، وقد مزج أحد الأبحاث الدقيقة بين النتائج التي توصلت لها خمس متابعات شملت 770 مريضا تم اختيارهم عشوائيا، وحصلوا على الليثيوم أو أدوية خادعة وتمت متابعتهم لمدة عام على الأقل. أشارت النتائج إلى أن 40 بالمئة من هؤلاء الأشخاص قد تحسنت حالتهم بصورة تفوق ما حدث لدى 60 بالمئة ممن تعاطوا أدوية خادعة Geddes, Burgess, Hawton, et al., 2004 .

ونظراً لأن هناك احتمالية كبيرة لحدوث أعراض جانبية خطيرة، فلابد من الحذر عند وصف الليثيوم أو تعاطيه كعلاج، فالمستويات العالية من الليثيوم قد تكون سامة، لذا يتعين على المرضى الذين يتعاطون الليثيوم أن يقوموا بإجراء فحص دم منتظم، وينصح باستخدام الليثيوم بصورة مستمرة طوال فترة الحياة Maj, Pirozzi, Magliano, et al., 1998 .

هناك علاجان دوائيان آخران بخلاف الليثيوم Bowden, Lecrubier, Bauer, et al., 2000 قد أقرتهما هيئة الغذاء والدواء الأمريكية لعلاج الهوس الحاد، هما: مضادات الاختلاج antiseizure anticonvulsant مضادات التشنج مثل ديفال بروكس صوديوم ديباكوتي Depakote divalproex sodium ، ومضادات الذهان antipsychotic مثل اولانزابين زيبريكسا Zyprexa olanzapine . الليثيوم لا يزال هو الأفضل، إلا أنه يوصى باستخدام النوعين الجديدين من الأدوية في حالة الأشخاص الذين لا يتحملون الآثار الجانبية لليثيوم. غير أنه من المحتمل أن يؤدي الليثيوم إلى آثار جانبية خطيرة Food and Drug Administration, January 31, 2008 . بالإضافة إلى ذلك فإن العديد من الأدوية الأخرى تعطي نتائج أولية مبشرة Stahl, 2006 .

يستخدم الليثيوم غالبا مع أدوية أخرى، وذلك لأن الليثيوم يعطي مفعولا تدريجيا، لذلك يتم البدء باستخدام الليثيوم عند علاج الهوس الحاد مع الأدوية المضادة للاكتئاب،

مثل عقار أولازبين للحصول على مفعول مهدئ سريع Scherk, Pajonk, & Leucht, 2007 . كذلك فإن مثبتات الحالة المزاجية المستخدمة لعلاج الهوس تستخدم أيضا في تخفيف الاكتئاب Young, Goey, Minassian, et al., 2010 . ولا يزال الكثير ممن يعانون الاكتئاب حتى عند تناول أحد الأدوية المثبتة للحالة المزاجية مثل الليثيوم. ولهذا كثيرا ما تتم إضافة أحد الأدوية المضادة للاكتئاب إلى النظام العلاجي الخاص بهؤلاء الأشخاص Sachs & Thase, 2000 ، وهناك قضيتان مرتبطتان بهذا النوع من العلاج، أولاهما أنه ليس واضحا إذا ما كانت مضادات الاكتئاب تساعد على تقليل الاكتئاب لدى الأشخاص الذين يتناولون مثبتات الحالة المزاجية؛ النمط العلاجي الأول عند علاج الاضطرابات ثنائية القطبية أم لا Sachs, Nierenberg, Calabrese, et al., 2007 ، وثانيتهما، ارتباط مضادات الاكتئاب المستخدمة في علاج الهوس المتوسط بظهور تزايد في مخاطر الإصابة بحالة من الهوس عند تعاطيها بدون عقار مثبت للحالة المزاجية Tondo, Vaquez, & Baldessarini, 2010 .

حالة سريرية: القرارات العلاجية في حالة "ماري"

Returning to Clinical Case: Treatment Decisions for Marry

أوضحت "ماري" - المرأة التي ذكرناها في بداية هذا الفصل - أنها تعاني مزيداً من المشكلات نتيجة لاكتئابها، وعندئذ أحالها المعالج النفسي إلى طبيب نفسي وصف لها عقار فلوكسيتين "بروزاك". أجمع كل من الأخصائي النفسي والطبيب النفسي على أن العلاج الدوائي قد يساعد في تخفيف الأعراض سريعا. لكن بعد مرور أسبوعين قررت ماري أنها لا تريد الاستمرار في تناول عقار البروزاك لأنها كانت تشعر بالضيق من الأعراض الجانبية، كما لم تحب تناول الأدوية على المدى الطويل. ولم يؤد الدواء إلى تحسن كبير في حالتها، ربما بسبب قلقها بشأن تناول الدواء بخوفها أن تكون قد فوتت الكثير من الجرعات، ومع تعدد الأدوية المتاحة وتنوعها الكبير بات من الصعب تحديد الدواء الذي يناسب كل مريض. لقد تعرضت ماري لأحد الأحداث والتحولات الكبيرة في حياتها، وهو ما كان يرجح كفة العلاج النفسي "البينشخصي". فقد كانت تلوم نفسها بسبب فقدها لعملها وأشياء أخرى، وهو ما كان يرجح كفة العلاج المعرفي، وكانت الخلافات الزوجية ترجح كفة العلاج النفسي بمساعدة الزوجين، فكيف يمكن للمعالج النفسي اختيار المنهج المناسب؟ إن هذا القرار يعتمد في بعض الأحيان على التفضيلات الشخصية للمعالج النفسي والتدريب الذي تلقاه. ونجد من الناحية النظرية أن هذا القرار يعتمد أيضا على العلاج الذي يفضله المريض. لذا قرر طبيبها البدء في العلاج المعرفي، حيث كان يرى نزوع ماري إلى لوم نفسها أكثر من اللازم عند حدوث خطأ ما، وهذا يمثل عاملا رئيسا في

حالة الاكتئاب التي تعانيها، وقد ساعدها العلاج المعرفي في تعلم كيفية تحديد ومحاربة الحالات الإدراكية السلبية وغير المنطقية المتعلقة بالذات. وبدأ هذا العلاج بمساعدتها في تحديد تلك الأوقات من حياتها اليومية التي كانت تصاب خلالها بحالة مزاجية حزينة بسبب الاستنتاجات السلبية المفرطة المتعلقة بالأحداث الصغيرة. فنجد مثلا أنه عندما يسيء أبناؤها التصرف، كانت تفترض أن السبب في ذلك هو أنها لا تقوم بواجبات الأمومة على خير وجه. وبمرور الوقت بدأت ماري تراجع وتفند الأفكار التي ظلت تعتنقها لفترة كبيرة، والمتعلقة بعدم كفاءتها. وبعد مرور 16 أسبوعا من العلاج كانت قد تخلصت من الاكتئاب.

الاكتئاب والرعاية الأولية Depression and Primary Care

إن حوالي نصف الأدوية المضادة للاكتئاب يصفها أطباء الرعاية الأولية. وقد أثبتت الأبحاث أن أطباء الرعاية الأولية لا يتمكنون كثيرا ربما بسبب ضغط الوقت من تشخيص نوبات الاكتئاب، وغالبا ما يفشلون في وصف تشخيص حالة الاكتئاب العارضة، وحتى عندما يصفون العلاج للمريض، عادة ما تكون مدة العلاج قصيرة جدا، وجرعات الدواء أقل من اللازم، وفرص تقديم العلاج النفسي محدودة جدا. كذلك نجد في محيط برنامج الحفاظ على الصحة HMO في الولايات المتحدة الأمريكية أن ضغط الوقت قد يعوق تقديم الرعاية الطبية المثلى. وقد قامت مجموعة من الباحثين بدراسة العلاج باستخدام مضادات الاكتئاب في منظمة الحفاظ على الصحة وتوصلوا إلى أن حوالي نصف المرضى فقط هم الذين يتلقون نظاماً علاجياً دوائياً ملائما Simon, Von Korff, et al., 2001 .

يدرس الباحثون كيفية تحسين جودة الرعاية الصحية التي يقدمها أطباء الرعاية الأولية أو برنامج الحفاظ على الصحة. إن الاقتصار على سؤال الأطباء تشخيص وعلاج الاكتئاب ليس هو الحل الأمثل،، فالدراسات الخاصة بالقواعد العلاجية العامة المكتوبة وورش العمل المخصصة للأطباء لا تشير إلى وجود تأثير لتلك الإجراءات على الممارسات العلاجية Gilbody, Whitty, Grimshaw, et al., 2003. بينما يبدو أن البرامج المكثفة قد تساعد في ذلك، فعلى سبيل المثال هناك بعض النتائج المبشرة التي تم الوصول إليها من خلال عمليات المتابعة التي تجرى من خلال الهاتف، أو تكثيف العناية التمريضية، أو وضع قواعد عامة محددة تساعد الأطباء في تمييز المرضى الذين يحتاجون إلى تلقي المزيد من الرعاية المركزة Gilbody et al., 2003. كذا فهناك برامج مشابهة تتضمن المزيد من الدعم التمريضي والتثقيف النفسي للمريض كانت ذات نفع فيما يتعلق بالاضطراب ثنائي القطبي Simon, Ludman, Bauer, et al., 2006.

ملحوظة أخيرة حول طرق العلاج A Final Note on Treatment

يتركز اهتمام مجموعة من الأبحاث المشوقة التي تجرى حالياً على طريقة سير العلاج، وقد أوضح الباحثون أن العلاجات الناجحة سواء كانت علاجات نفسية أو دوائية أو بالتخليج الكهربي تؤدي إلى تغيير النشاط في مناطق المخ المرتبطة بالاكتئاب Brody, Saxena, Stoessel, et al., 2001; Goldapple, Segal, Garson, et al., 2004; Nobler, Oquendo, Kegeles, et al., 2001 . ومن المثير للاهتمام أن كلا من مضادات الاكتئاب والعلاج بالتخليج الكهربي تحفز نمو الخلايا العصبية في الحصين عند الفئران Duman, Malberg, & Makagawa, 2001 ، كذا على الأقل فإن تأثير مضادات الاكتئاب على الحيوانات يتوقف على نمو هذه الخلايا العصبية Santarelli, Saxe, Gross, et al., 2003 . إن معرفتنا بالمزيد حول كيفية تغيير العلاجات النفسية والدوائية للعمليات البيوعصبية الدفينة، قد تساعدنا في تحسين طرق العلاج مستقبلاً.

كذلك فقد قام الباحثون بدراسة كيفية تأثير العلاج الدوائي على حساسية المستقبلات، وهذا النوع من الدراسات تم تطبيقه على الهوس والاكتئاب، وعلى سبيل المثال فإن أحد الأبحاث اهتم بدراسة إذا ما كانت مضادات الاكتئاب تعمل على تنبيه "المرسلات" الكيميائية والتي يطلق عليها اسم "المرسلات الثانية" - راجع شكل 2-7 ، وهو بالتالي ما يؤثر على حساسية المستقبل. هناك مجال آخر تناوله أحد الأبحاث يركز على دراسة البروتين G-Protein، والذي يلعب دورا مهماً في أنشطة الخلية، وقد وجدت مستويات مرتفعة من البروتين G لدى المرضى المصابين بالهوس، وظهر انخفاض مستوياتها عند المصابين بالاكتئاب Avissar, Neckamkin, Barki-Harrington, et al., 1997; Avissar, Schreiber, Nechamkin, et al., 1999 . وتناول البعض دراسة الآثار العلاجية لليثيوم مبينين أنها أفضل الطرق العلاجية الدوائية لعلاج الهوس، وهذا راجع إلى قدرته على ضبط معدلات البروتين Protein G Manji, Chen, Shimon, et al., 1995 .

ملخص سريع:

هناك العديد من طرق العلاج المختلفة للاكتئاب، ومنها العلاج المعرفي، العلاج النفسي البين شخصي، التنشيط السلوكي، العلاج السلوكي بمساعدة الزوجين. أما الأشكال الدوائية الثلاثة التي أثبتت فاعليتها كمضادات للاكتئاب كمثبطات استعادة السيروتونين الانتقائية SSRIs ، والتي أصبحت شائعة نظرا لقلة آثارها الجانبية مقارنة بمثبطات الاوكسيداز أحادية الأمين MAOIS ومضادات الاكتئاب ثلاثية

الحلقات Tricyclic Antidepressants، فبالرغم من عدم ثبوت هذه النتائج بشكل قاطع، إلا أن معظم الأبحاث أكدت على فاعلية العلاج المعرفي بصورة مماثلة لفاعلية العلاج الدوائي بمضادات الاكتئاب حتى عند علاج الحالات الحرجة من الاضطراب الاكتئابي الرئيس.

العلاج الدوائي هو خط الدفاع الأول لمواجهة الاضطرابات ثنائية القطبية، وتشير الأبحاث إلى أن الليثيوم هو أفضل مثبت للمزاج، إلا أن العلاج بمضادات الذهان، ومضادات التشنج قد أثبتا أيضا فاعليتهما كمثبتات للمزاج، وتشكك بعض الدراسات الحالية فيما إذا كان العلاج الدوائي بمضادات الاكتئاب يساعد في علاج الاضطرابات ثنائية القطبية. يمكن لبعض طرق العلاج النفسي أن توفر العون أثناء العلاج الدوائي للاضطرابات ثنائية القطبية، وأفضل المناهج المتبعة تتضمن المناهج النفسية التثقيفية والعلاج المعرفي والعلاج الأسري. كما أن العلاج النفسي البين شخصي أثبت فاعليته عند علاج المجموعات الكبيرة. إن طرق العلاج هذه قد تكون أكثر فائدة أثناء العلاج الدوائي وتساعد على التخلص من أعراض الاكتئاب والاضطرابات ثنائية القطبية.

حالة سريرية: ستيفن Steven

"يمكن لشانون نيل Shannon Neal أن تخبرك تلقائياً وفوريا أن أسعد ليالي حياتها كانت ليلة الثلاثاء الموافق 23 ديسمبر 2003 حين استهلت حياتها الفنية في صالة الرقص في هينسدال أكاديمي، أبوها ستيفن نيل Steven Neal الكاتب الصحفي السياسي في جريدة" شيكاجو صان تايمز Chicago Sun Times مرتديا بذلته الفاخرة وقفازين أبيضين، ورابطة عنق، وتحكي قائلة: "لقد سار بي والدي وانحنى انحناءة خفيفة واصطحبني إلى مكان الرقص، وكان الجميع يضحكون ويضحكون، وبعد ذلك بأسابيع قليلة، ركن السيد "نيل" سيارته في مرآبه، وأدار محرك السيارة وانتظر حتى ملأ غاز أول أكسيد الكربون المكان والتقط نفسه وأطلق روحه".

كان واقعا تحت ضغط أن ينهي كتاباً وأن يدخل المستشفى كي يعالج من مشاكل بالقلب. ولكن من يعرفونه لم يعرفوا سببا لذلك، ولو أن لي ثلاثين ثانية أقضيها معه لسألته عن إجابة كل هذه الأسئلة" Chohen, 2008 .

الانتحار Suicide

لا يمكن لطريقة من طرق الموت أن تلحق بالأصدقاء والأهل شعورا مستمرا بالفجيعة والخزي والذنب والحيرة كتلك التي يجلبها الانتحار Gallo & Pfeffer, 2003 ، فتتزايد سنويا نسبة وفيات من يموتون كمدا على أحبائهم المنتحرين.



الأدباء الذين يقتلون أنفسهم مثل سيلفيا بلاث Sylvia Plath كانت لهم رؤية حول أسباب الانتحار

إننا سنركز هنا على البحث الكمي حول الانتحار، إلا أنه يتعين على دارسي الانتحار أن يعتمدوا على كثير من المصادر المختلفة، وقد كتب الكثير من الفلاسفة متناولين بالبحث هذه القضية، ومن بينهم ديكارت، وفولتير، وكانط، وهيدجر، وكامو. كذا فإن بعض الروائيين - مثل هيرمان ميلفلليه وليو تولستوي - قدموا رؤيتهم حول الانتحار، وكذلك هؤلاء الكتاب الذين قتلوا أنفسهم، مثل فيرجينيا وولف، وسيلفيا بلاث.

ومن الأهمية أن نبدأ – حديثنا - بتعريف المصطلحات - راجع جدول 5-8 ، فالتفكير في الانتحار Suicide Ideation يشير إلى أفكار قتل النفس وهي أكثر شيوعا من الإقدام على الانتحار أو تنفيذه، فالإقدام على الانتحار Suicide Attempt يتضمن السلوكيات والتصرفات المتعمدة التي تسبب الموت ولكنها لا تفضي إليه أو تؤدي إلى وقوعه، أما الانتحار Suicide ذاته فيتضمن السلوكيات والتصرفات المتعمدة التي تسبب الموت وتفضي إليه وتؤدي إلى وقوعه، وهناك إيذاء الذات غير الانتحاري Nonsuicidal Self-Injury الذي يتضمن السلوكيات والتصرفات المتعمدة التي تهدف إلى التسبب في الإيذاء البدني وليس مقصودا بها التسبب في الموت أو الإفضاء إليه.

جدول 5-8: المصطلحات الأساسية في دراسة النزعة الانتحارية

Suicide Ideation	التفكير في الانتحار	أفكار قتل النفس
Suicide Attempt	الإقدام على	سلوك متعمد لقتل النفس
Suicide	الانتحار	الوفاة نتيجة لإيذاء النفس المتعمد
Nonsuicidal Self-Injury	إيذاء الذات غير الانتحاري.	سلوك متعمدة بقصد إيذاء النفس دون السعي إلى الموت

أهم الاكتشافات 5-6

إيذاء النفس غير الانتحاري Nonsucidical Self- Injury

سريعا ما اكتشف الباحثون أن إيذاء النفس غير الانتحاري NSSI أكثر شيوعاً مما كانوا يظنون سابقا Nock, 2010 ، وعلى العكس من الأفكار السابقة فإن الكثيرون يتعرضون له خاصة عند من يعانون اضطراب الشخصية Nock, Kazdin, Hiripi, et al., 2006 ، وفيما يلي سنعرض إلى كيفية حدوث هذا السلوك، وبعضا من أسباب حدوثه.

في مقابلة مع محطة بي بي سي صرحت الأميرة ديانا بأنها وصلت إلى حد الشعور بالألم من إصابتها بالإيذاء الذاتي غير الانتحارى

هناك أمران أساسيان لابد من وضعهما في الحسبان عند حديثنا عن إيذاء النفس غير الانتحاري. الأمر الأول هو أن الشخص لا يقصد أو ينوي بلوغ الموت، والثاني هو أن هذا السلوك يؤدي إلى تحقيق الإيذاء الفوري، فمعظم من يعانون هذه الحالة يقومون بجرح أو ضرب أو حرق أجسامهم Franklin, Hessel, Aaron, et al., 2010 ، وتشير المسوح التي تجرى في أي مكان إلى أن نحو 13 إلى 45 بالمئة من البالغين قد أوضحوا قيامهم بإيذاء النفس غير الانتحاري، وتظهر التقديرات العالية لدى من يعانون اضطرابات شخصية، وعلى سبيل المثال فإن بعض الطلاب قد يقومون بخدش أجسامهم لدرجة أن ينزفوا، وذلك دون أن يكون هناك سبب من الأسباب التي تدفع الناس إلى حك أو خدش أجسامهم كالتهاب الجلد الناتج عن سم اللبلاب. ومما لا شك فيه أن هناك بعض الناس الذين يقدمون على محاولات خطرة لإيذاء أنفسهم. إن النمط المعتاد للشخص الذي يكرر سعيه لإيذاء نفسه بصورة غير انتحارية أن تكون عدد مرات إقدامه على ذلك أقل من عشر مرات خلال مرحلة المراهقة المبكرة ثم يتوقف عن ذلك Nock, 2009 ، وفي بعض الأحيان قد نجد بعض الناس يصرون على إيذاء أنفسهم لأكثر من 50 مرة في العام الواحد، وفي هذه الحالة يشخص سلوكهم على أنه إيذاء للنفس غير انتحاري مزمن، وهو ما يسعى الباحثون إلى فهمه Nock & Prinstein, 2004 .

ولكن لماذا يقدم شخص على إيذاء نفسه مرة بعد مرة؟ اقترحت بعض الأبحاث أن إيذاء النفس يحدث غالبا عندما يعاني الشخص اكتئابا حقيقيا، ولكن قولهم لم يوفر الإجابة

الكافية، فمعظم الأشخاص لا يعبرون عن إحباطهم الوجداني من خلال إيذاء أنفسهم. أعلن نووك Nock، وزملاؤه 2010 في دراسة متعمقة عن أن هناك العديد من الأسباب المختلفة التي قد تؤدي إلى قيام الناس بإيذاء أنفسهم، فيرى بعضهم أن في إيذاء النفس متنفسا للتعبير عن المشاعر السلبية كالغضب، وأشار البعض إلى شعورهم بالارتياح عند إيذاء أنفسهم لأنهم يسعون إلى معاقبة أنفسهم واقتناعهم بأنهم يستحقون ذلك، وقد يرجع السبب أيضاً إلى الاضطرابات البين شخصية، فبعض الناس يحتاجون إلى الدعم الذاتي، وبعضهم يحاول أن يخفف من الشعور بالاضطهاد. وفرت العديد من الدراسات دلائل على أن الأشخاص الذي يميلون إلى إيذاء أنفسهم يتسمون بعاطفة جياشة أكثر من غيرهم، ويعتقدون أنهم يستحقون العقاب، ويصعب عليهم الانخراط في العلاقات، ولكنهم يظهرون أيضا أنشطة سيكو-فسيولوجية خلال الاختبارات المعملية للعينة الضابطة Nock & Mendes, 2008 ، وفي إحدى الدراسات الخاصة بإيذاء النفس غير الانتحاري، طلب من المشاركين تسجيل مشاعرهم، والأحداث، والحوادث المتصلة بإيذاء النفس غير الانتحاري يوميا خلال مدة معينة، فظهر أن الشعور بكراهية الذات، والإحساس بالرفض هي المشاعر الأكثر ظهوراً عند الإقدام على إيذاء الذات غير الانتحاري Nock, & Sterba, 2009 ، وإذا ما جمعنا هذه النتائج فإنه يمكن القول إن إيذاء النفس غير الانتحاري قد ينتج عن أسباب نفسية كإظهار مشاعر كراهية الذات والغضب، وأسباب اجتماعية من خلال طلب المزيد من ردود الفعل الإيجابية من الآخرين. إن من الأفضل إجراء المزيد من الأبحاث المتكاملة على المستوى الاجتماعي والوجداني والمعرفي حتى يمكننا فهم هذا النمط السلوكي المعقد، ولتوجيه مزيد من الاهتمام إلى هذه القضية فقد تضمن الإصدار الخامس في ملحقه تشخيصات لإيذاء الذات غير الانتحاري، ويمكنك الرجوع إليها لمزيد من التفاصيل.

مدى انتشار الانتحار ومحاولات الانتحار

Epidemiology of Suicide and Suicide Attempts

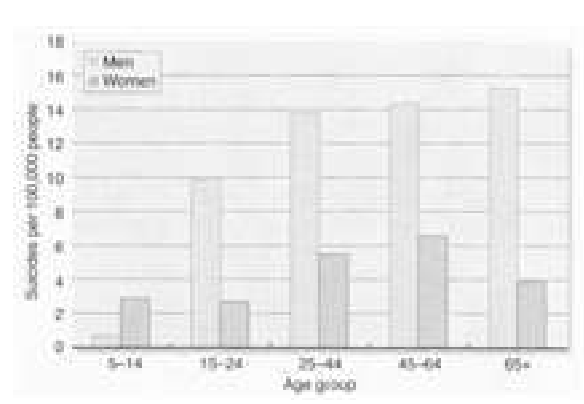
قد تكون تقديرات معدلات الانتحار أقل بكثير من حقيقتها، وذلك لأن بعض حالات الوفاة تكون غامضة، وعلى سبيل المثال فإن حالة الوفاة التي قد تبدو حادثا قد تتضمن نوايا انتحارية. إلا أن هذه التقديرات تشير بصفة عامة إلى أن وقوع حالة انتحار يتم كل عشرين دقيقة في الولايات المتحدة الأمريكية Arias, Anderson, Kung, et al., 2003 .

وتشير الدراسات التي تناولت مدى انتشار النزعة الانتحارية إلى الآتي:

- معدل إجمالي الانتحار في الولايات المتحدة الأمريكية يصل إلى حالة واحدة لكل 10000 شخص في العام الواحد Centers for Disease Control and

Prevention, 2006 ، كذا ففي الولايات المتحدة تتحقق محاولة من بين كل عشرين محاولة انتحار مفضية للموت Moscicki, 1995 .

- أوضح 9 بالمائة من سكان العالم تفكيرهم في الانتحار مرة واحدة على الأقل خلال حياتهم، وكذلك أن 2.5 بالمائة من سكان العالم قد أقدموا على الانتحار مرة واحدة على الأقل Nock, & Mendes, 2008 .
- يبلغ عدد الرجال الذين قتلوا أنفسهم أربعة أضعاف مثيله عند النساء Arias, et al., 2003 .
- تصل نسبة النساء اللائي حاولن الانتحار دون أن يمتن إلى ثلاثة أضعاف عدد الرجال الذين فشلوا في تنفيذ محاولاتهم Nock, & Mendes, 2008 .
- المسدسات هي أكثر الوسائل المستخدمة في الانتحار في الولايات المتحدة الأمريكية فهي تمثل نحو 60 بالمئة من إجمالي حالات الانتحار، Arias, et al., 2003 وعادة ما يختار الرجال شنق أنفسهم أو إطلاق النار عليها، بينما تلجأ النساء في أغلب الأحيان إلى استخدام العقاقير، وهي طريقة أقل فتكا من غيرها، وهذا ما قد يفسر انخفاض معدلات محاولات الانتحار الناجحة بين النساء.
- يزداد معدل الانتحار عند التقدم في العمر، وتشيع معدلات الانتحار في الولايات المتحدة الأمريكية عند الرجال من البيض الذين تجاوزا سن الخمسين.
- هناك تزايد شديد في معدلات الانتحار بين المراهقين والأطفال في الولايات المتحدة الأمريكية بصورة محزنة إلا أنها لا تزال أقل مما هي عليه عند البالغين - انظر شكل 5-12 . وتشير بعض التقديرات إلى أن حوالي 40٪ على الأقل من الأطفال والمراهقين ينتابهم التفكير الانتحاري مرة واحدة على الأقل، ونظراً لقلة أسباب وفاة صغار السن، فإن الانتحار يأتي في المرتبة الثالثة في أسباب وفاة من تتراوح أعمارهم بين 10-24 سنة.
- يزيد الطلاق أو الترمل من خطر الانتحار بنسبة أربعة أو خمسة أضعاف.



شكل 5-12 الوفيات الشهرية بسبب الانتحار لكل 100.000 فرد من Arias et al., 2003.

نماذج الانتحار Models of Suicide

الانتحار فعل معقد متعدد الأوجه بحيث لا يمكن لنموذج وحيد السعي لتفسير أسبابه، وتدفعنا الأساطير التي تناولت الانتحار إلى ضرورة إجراء دراسة دقيقة انظر جدول 5-9 . إن دراسة الانتحار تتضمن الكثير من التساؤلات الأخلاقية المختلفة، وتدفع الناس إلى التفكر في وجهات نظرهم حول الحياة والموت.

الاضطرابات النفسية Psychological Disorders

يناقش هذا الفصل الانتحار نظراً لأن الكثير من المصابين باضطرابات المزاج تراودهم أفكار انتحارية، وقد يقدمون على بعض السلوكيات الانتحارية. إن ما يزيد على نصف الأشخاص الذين يقدمون على قتل أنفسهم تنتابهم حالة من الاكتئاب وقت قيامهم بذلك Centers for Disease Control and Prevention, 2006 ، وأن نحو 15٪ من الأشخاص الذين أودعوا المستشفيات بسبب الاكتئاب تنتهي بهم الحال إلى الموت منتحرين في نهاية المطاف Angst, et al., 2002 . كذلك فإن الأمراض العقلية الأخرى مهمة كي نفهم طبيعة الانتحار، إذ إن نحو 90٪ من الذين يقدمون الانتحار يعانون أحد الأمراض العقلية. إن نسبة تتراوح بين 10 إلى 12 بالمئة من الأشخاص الذين يودعون المستشفيات للعلاج من الفصام أو الاضطرابات ثنائية القطبية I أو الاضطرابات ثنائية القطبية II تنتهي بهم الحال إلى الموت منتحرين Angst et al., 2002; Roy, 1982 . كذا فإن اضطرابات التحكم والاندفاعية Impulse Control Disorders والاضطرابات الناجمة عن استخدام العقاقير أو الاضطرابات الشخصية الحدية يرتبط كل منها بارتفاع نسبة الإقدام على أعمال انتحارية Linhan, 1997; Schmidt, Woolaway-Blickel, & Bates, 2000 . وفي معظم هذه الاضطرابات فإن الشخص لا يقدم على الانتحار إلا حين يصاحبها اكتئاب مرضي Angst et al., 2002; Schmidt et al., 2000 ، وعلى الرغم من أن فهم طبيعة الانتحار في إطار الاضطرابات العقلية ذو أهمية بالغة كبيرة، إلا أننا نجد غالبية المصابين بأمراض عقلية لا يموتون منتحرين.

جدول 5-9 : خرافات حول الانتحار

الخرافة الشائعة	الدليل المناقض
الذين يتحدثون عن الانتحار لا يقدمون عليه في الواقع.	إن نحو ثلاثة أرباع المنتحرين يعبرون سلفاً عن نيتهم في الانتحار.
يقوم المنتحر بفعلته دون إنذار مسبق.	عادة ما تكون هناك إنذارات تسبق الانتحار، كأن يقول المنتحرون مثلا إن العالم سيكون أفضل بدونهم، أو قيامهم بإهداء أغلى ممتلكاتهم بصورة غير متوقعة وغير مفهومة.

الخرافة الشائعة	الدليل المناقض
الانتحاريون يريدون الموت.	يشعر غالبية من يحاولون الانتحار بالامتنان عند منعهم من الانتحار.
من يحاولون قتل أنفسهم باستخدام وسائل أقل فتكا لا يأخذون الانتحار بجدية.	يرجع ذلك إلى عدم معرفة الكثير من الناس بجرعات الدواء أو علم تشريح الإنسان، ولهذا فإن أولئك الذين يسعون للموت قد يقدمون على محاولات انتحار غير فتاكة.

المصدر: مقتبس من دراسة فريميو Fremouw، دي بريزل De Perzel، إليز 1990 Ellis ، شنيدمان 1973 Shneidman .

الأنماط الحيوية العصبية Neurobiological Models

تشير الدراسات التي أجريت على التوائم إلى أن الوراثة هي السبب في نحو 48 بالمئة من محاولات الانتحار Joiner, Brown, & Wingate, 2000 ، وتدعم دراسات التبني الوراثة كسبب للنزعة الانتحارية.



في الثامن والعشرين من مارس 1941، وعندما كان عمرها 59 عاما، ألقت فيرجينيا وولف Virginia Woolf بنفسها في نهر قريب من منزلها في "سوسكس"، ووجدوا في منزلها رسالتي انتحار تضمنتا نفس المحتوى، وقد تكون إحداهما قد كتبت قبل عشرة أيام، وربما تكون قد أقدمت على محاولة لم تنجح حينها، فقد رجعت إلى منزلها بعد تريضها وثيابها مبللة، وقالت إنها وقعت، وكانت الرسالة الأولى موجهة إلى أختها، أما الثانية فكانت لزوجها ليونارد.

كذا فقد اتضح أن انخفاض مستوى النواقل العصبية السيروتونين مرتبط بالاكتئاب، وهناك ارتباط بين السيروتونين والانتحار Mann, Huang, Underwood, et al., 2000 ، وظهر انخفاض مستويات السيروتونين في مستقبلة السيروتونين الرئيسة HIAA-5 عند المنتحرين Van Praag, Plutchik, & Apter, 1990 . وظهر أن الانخفاض الشديد في مستويات مستقبلة السيروتونين 5-HIAA مرتبط بحالات الانتحار العنيفة، فقد وجد أن الانخفاض الشديد في مستويات مستقبلة السيروتونين 5-HIAA ترتبط بصورة كبيرة مع حالات الانتحار العنيفة التي تمت دون تدبير مسبق Roy, 1994; Winchel, Stanley, & Stanley, 1990 ، وكذلك في الجين الناقل للسيروتونين HTTLPR-5 Bondy, Buttner, & Zill, 2006 ، وتوضح هذه النتائج أن انخفاض السيروتونين قد يتسبب في زيادة مخاطر الانتحار العنيف.

وبعيـدا عـن نظـام عمـل السـيروتونين، فـإن نتـائج بحـث آخـر تشـير إلى أن المصـابين باضطرابات اكتئابية رئيسة الذين خضعوا لاختبـار الديكساميسـثازون وظهـرت علـيهم ارتفـاع معدلاته من تتزايد مخاطر إقدامهم على الانتحار بما يعادل أربعـة عشر ضـعفا خـلال الأربعـة عشر عاما التالية لفحصهم Coryell, & Schlesser, 2001 .

العوامل الاجتماعية Social Factors

أثبتت الأحداث الاقتصادية والاجتماعية أن لها تـأثيرا فى معـدلات الانتحـار، فعـلى سـبيل المثال، اتضح أن معدلات الانتحار تتزايد خاصة خـلال الأزمـات الاقتصـادية Luo, Florence, Quispe-Agnoli, et al., 2011 . إن من أقوى الأدلة على دور البيئـة الاجتماعيـة في الانتحـار أن الانتحار يكون نتيجة للتأثر بالتقارير الإخبارية المتعلقة، ومن أمثلة ذلك أن نسـبة الانتحـار قد ارتفعت إلى 12٪ بعد شهر من موت مارلين مونرو Philips, 1985 . وفي مراجعـة تناولـت 293 دراسة تبين أن التغطية الإعلاميـة لحـالات انتحـار المشـاهير قـد تـؤدي إلى زيـادة النزعـة الانتحارية بنسبة أكبر بكثير من التغطية الإعلامية لحالات الانتحار بين غـير المشـاهير Stack, 2000 . ولا يحدث تزايد معدلات الانتحار إثر التقارير الإخباريـة عـن مـوت المشـاهير بصـورة طبيعية، وهذا ما يوضـح أن الحـزن ذاتـه لـيس العـنصر المـؤثر Philips, 1974 . تشـير هـذه الإحصائيات إلى أن العوامل الثقافية والاجتماعية تمثل عاملاً فارقا.

إن العوامل الاجتماعية التي ترتبط ارتباطاً مباشرا بالأفراد قد تكـون مـؤشرات قويـة عـلى نزعتهم الانتحاريـة، وفي مراجعـة شـاملة أجراهـا فـان أوردن Van Orden وزمـلاؤه 2010 أوضحوا أن الانعزال الاجتماعي وفقدان الشعور بالانتماء الاجتماعي يعدان من أهـم مـؤشرات التفكير الانتحاري. وقد أشاروا إلى أن الشعور بالوحـدة دون وجـود أشـخاص نلجـأ إلـيهم هـو سبب رئيس في تطور النزعة الانتحارية.

النماذج النفسية Psychological Models

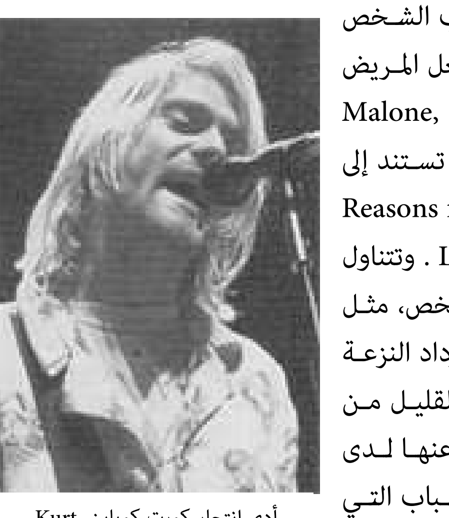
ربما يكون للانتحار عديد من المعاني، فهو قد يعني إلقـاء اللائمـة عـلى الآخـرين أو سـعيا للحصول على محبتهم قسرا، أو تكفيراً عـن الأخطـاء؛ أو تخلـيص الـنفس مـن المشـاعر التـي لا تتقبلهـا؛ أو الرغبـة في اللحـاق بحبيـب مفقـود؛ أو التعبـير عـن الرغبـة في الهـروب مـن الآلام الوجدانيـة أو الفـراغ الوجـداني. ومـما لاشـك فيـه أن المتغـيرات النفسـية المؤديـة إلى الانتحـار تختلف من شخص لآخر، إلا أن العديد من الباحثين حاولوا تحديد العوامل الخطرة التي تـؤثر على الناس.

يربط العديد من الباحثين بين الانتحار وعدم القدرة على حل المشكلات Linehan, & Shearin, 1988 ، إن الفشـل في حـل المشـكلات قـد ينبـئ عـن محاولـة الانتحـار

Dieserud, Roysamd, Braverman, et al., 2003 ، وتـرتبط مظـاهر العجـز في حـل المشـكلات بمـدى جديـة محـاولات الانتحـار، مـع الأخـذ في الاعتبـار درجـة الاكتئـاب والسـن والوظائف الذهنية Kelip, Sackeim, Brodsky, et al., 2001 .

إننا قد نتوقع أن يكون الشخص الذي يواجه صعوبات في حل المشكلات هو الأكثر تعرضاً لليأس، واليأس يمكن تعريفه بأنه عدم توقع تحسن الظروف الحياتية الحالية مستقبلاً، ويرتبط ارتباطا وثيقا بالنزعة الانتحارية. هناك ارتباط بين المستويات العالية من اليـأس وزيـادة خطـر الانتحار ليصل إلى أربعة أضعاف المعتاد Brown, Beck, Steer, et al., 2000 . ويعـد اليـأس مـن العوامـل المهمـة حتـى بعـد الـتحكم فى مسـتويات الاكتئـاب Beck, Kovacs, & Weissman, 1975 .

وبعيدا عن هذه الخصائص السلبية مثل عدم القدرة على حـل المشـكلات، واليـأس، فـإن الخـواص الإيجابيـة للشخصـية يمكـن أن تكسـب الشـخص دافعا للحياة، وتساعد الطبيب السريري على جعل المـريض يختـار الحيـاة بـدلا مـن المـوت Malone, Oquendo, Hass, et al., 2000 ، ووهنـاك بعـض أبحـاث تسـتند إلى بطارية أسباب الحياة Reasons for Living Inventory Linehan, Goodstein, Nielsen, et al., 1983 . وتتناول عناصر تلك القائمة الأشياء التـي يهـتم بهـا الشـخص، مثـل المسئولية تجاه العائلة، والقلق على الأبنـاء، وتـزداد النزعـة الانتحارية لدى الأشخاص الذين لا يجـدون إلا القليـل مـن الأسـباب التـي تـدفعهم إلى التمسـك بالحيـاة عنهـا لـدى الأشـخاص الـذين توجـد لـديهم وفـرة مـن الأسـباب التـي تـدفعهم إلى الحفـاظ عـلى حيـاتهم Ivanoff, Jang, Smyth, et al., 1994 .



أدى انتحار كورت كوباين Kurt Cobain المغني الشهير إلى تزايد عدد المراهقين المنتحرين

على الرغم من أن الكثير من الأشخاص قد يفكرون في الانتحار، إلا أن قلـة مـنهم هـم الـذين يقدمون على الانتحار، وهناك عدد من المتغيرات التي يتوقف عليها الانتقال من مرحلة التفكير في هذه الأفكار إلى الانتقال إلى تنفيذها Van Orden, Witte, Gordon, et al., 2008 . إن من بين أولئك الذين تنتابهم أفكار انتحارية فإن مئات الدراسات قد أشارت إلى أن الأشـخاص الأكـثر تهـورا هم الأكثر إقداما على محاولـة الانتحـار أو المـوت نتيجـة للانتحـار Brezo, Paris, & Turecki,

2006 ، وبرغم أن القنوط واليأس قد يجلبان التفكير في الانتحار، أو القيـام بعمـل انتحـاري إلا أنهما قد يكونان نابعين من عوامل أخرى مثل التهور والاندفاع.

الوقاية من الانتحار Preventing Suicide

يخشى الكثير من الناس أن الحديث عـن الانتحـار قـد يزيـد مـن إمكانيـة وقوعـه، إلا أن الأطباء السريريين يرون أنه من المفيد الحديث عن الانتحـار بطريقـة صريحـة وعمليـة، إذ إن السماح للشخص بالحديث عن الانتحار يجعله يتخفف من إحساسه بالانعزال.

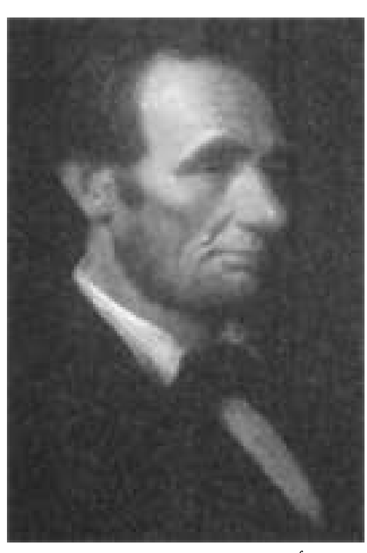
ومما يستدعي الأسف أن نجد بعض الكليات تضع سياسات تحظر على الطلاب الحـديث عن الأفكار الانتحارية. إن نحو 10 بالمائة من طلاب الجامعـة قـد أظهـروا أنهـم قـد فكـروا في الانتحار خلال السنة الماضية، وعلى الرغم من أن معدلات الانتحار لا تزال منخفضة نسبياً نحو 7.5 من كل 100000 طالب، فإن الجامعات تشجع الطلاب الذين لديهم نزعـة انتحاريـة عـلى الانسحاب منها Appelbaum, 2006 ، وهناك كليات أكثر تقدمية تتيح لطلابها الحديث عـن هذه الأفكار، وتوفر بعضها منافذ إلكترونية عـلى شـبكة الإنترنـت لتقـديم النصـيحة مـع عـدم معرفة شخصية المستخدم.

إن غالبية الناس يساورهم التردد حيال نواياهم الانتحارية، ومن المؤكد أنهـم يسـعون إلى الإفصاح عن هذه النوايا بطريقة ما، فالشكل التقليدي أن يقدم المنتحر عـلى قطـع رقبتـه، ثـم يبكي طالباً المساعدة في ذات الوقت، وهو صادق في كـلا الأمـرين. فالأشـخاص يسـعدهم عـدم الانتحار إذا لم يشعروا بضرورة قصوى لذلك" Shneidman, 1987, p. 170 ، وتصل نسبة من يعبرون عن سعادتهم خلال اليومين التاليين بعد إقدامهم على الانتحـار ولكـنهم لا يموتـون إلى 80 بالمئة ويعبرون عن امتنانهم لنجاتهم وتشككهم في صدق رغبتهم في المـوت Henriques, Wenzel, Brown, et al., 2005 ، وهذا التردد يمنح الطبيب السريري فرصة لا تعوض.

علاج الاضطراب النفسي المرتبط بالانتحار

Treating the Associated Psychological Disorder

يقوم أحد مناهج الوقاية من الانتحار على معرفتنا أن معظم من يقتلون أنفسهم يعانون أحد الاضطرابات النفسية. ومن ثم فإن خطر تعرض الشخص للانتحار يقـل عنـد اتبـاع المـنهج المعرفي الخاص ببيك في تخفيف حـدة الاكتئـاب، وبالتـالي تقـل المخـاطر الانتحاريـة. كـذا فـإن العلاج السلوكي الجدلي Dialecical Behavioral Therapy الذي ابتكرته مارشا لينهـان لعـلاج المصابين باضطراب الشخصية الحدية لا يوفر لنا مثالاً آخـر عـن طـرق عـلاج نـوع خـاص مـن الاضطراب فحسب بل يوفر حماية من الانتحار - راجع الفصل 15.



بعد أن فسخ خطبته وهو بعمر 31 ظهرت على أبراهام لينكولن أعراض الاكتئاب بصورة بالغة حتى خشي أصدقاؤه أن يقدم على إيذاء نفسه، فقاموا بإبعاد الأشياء الحادة من غرفته، وقد اعترف بذلك قائلا: "إنني أكثر الرجال بؤسا على الإطلاق"، "ولا يمكنني القول إذا ما كنت سأرجع بحالة جيدة أم لا، بل أحسب أنني لن أرجع، ومن المستحيل أن أبقى على حالي هذه، فإما أن أموت أو أعود لأفضل حال" منقول من كتابات Goodwin, 2003.

خلصت الدراسات إلى أن أدوية علاج اضطرابات المزاج تقلل من خطر النزعة الانتحارية بمقدار ثلاثة أو أربعة أضعاف Angst et al., 2002 . فالليثيوم على وجه الخصوص يبدو فعالا في الوقاية من الانتحار عند المصابين باضطراب ثنائية القطبية Cipriani, Pretty, Hawton, et al., 2005 . كما أن مضادات الاكتئاب تقلل من النزعة الانتحارية عند كبار السن الذين شخصوا باضطرابات اكتئابية، وقد قلت النزعة الانتحارية لدى من يعانون اضطرابات مزاجية عند علاجهم باستخدام التخليج الكهربي Kellner, Fink, Knapp, et al., 2005 . وكذا العلاج باستخدام مضادات الاكتئاب Bruce, Ten Have, Reynolds III, et al., 2004 قد أسهم في خفض النزعة الانتحارية، واتضح كذلك أن استخدام عقار ريسبيريدون كلوزابين Risperidone Clozapine المستخدم كمضاد للذهان يقلل من خطر القيام بمحاولات الانتحار عند الأشخاص المصابين بالفصام Meltzer, 2003 .

علاج النزعة الانتحارية مباشرة Treating Sociality Directly

يبدو أن المناهج السلوكية المعرفية أكثر طرق العلاج الواعدة التي تقلل من النزعة الانتحارية Van Der Sand, Buskens, Allart, et al., 1997 ، فهذه البرامج نجحت في تقليل مخاطر الإقدام على الانتحار في المستقبل بنسبة 50 بالمئة مقارنة بطرق العلاج المقدمة في المجتمع Brown, Ten Have, Henriques, et al., 2005 ، وقد وجدوا أيضاً أنها تقلل من التفكير الانتحاري Joiner, Voelz, & Rudd, 2001 ، ومن خلال تحليل دقيق لعدد 28 من حالات المعالجة تبين أن البالغين الذين تلقوا علاجا سلوكيا معرفيا كانوا أقل يأساً، ونزوعاً إلى الانتحار والسلوك الانتحاري بصورة فاقت أولئك الذين لم يحصلوا على هذه المعالجة أو أي نوع من المعالجة Tarrier, Taylor, & Gooding, 2008 .

تتضمن العلاجات السلوكية المعرفية مجموعة من استراتيجيات الوقاية من الانتحار Brown, Henriques, Ratto, et al., 2002 ، فالمعالجون النفسيون يساعدون مرضاهم على فهم المشاعر والأفكار التي تدفعهم للإقدام على الانتحار، فالمعالجون النفسيون يعملون مع مرضاهم على تحدي أفكارهم السلبية ويوفرون طرقا جديدة لتخطي الاضطراب الوجداني. كذلك فهم يساعدون مرضاهم في حل مشاكلهم فيما يتعلق بالمواقف الحياتية التي يواجهونها. إن الهدف من هذا هو تحسين طرق حل المشكلات، وتقديم المساندة الاجتماعية ومن ثم تقليل الشعور باليأس الذي غالبا ما يسبق هذه الحالات.



غالبا ما توفر مراكز الرعاية الصحية خط اتصال ساخن على مدار 24 ساعة طوال أيام الأسبوع للأشخاص الذين يفكرون في الانتحار

إن المنظمات المهنية مثل الجمعية الأمريكية للطب النفسي، والجمعية القومية للعاملين في الخدمة الاجتماعية، والجمعية الأمريكية لعلم النفس تلزم أعضاءها بحماية الناس من الانتحار حتى وإن اقتضى ذلك خرق مبادئ الخصوصية والسرية التي تغلف العلاقة بين المعالج والمريض، ويتعين أن يأخذ المعالجون احتياطات معقولة عندما علمهم بأن المريض لديه نزعة انتحارية Roy, 1995 ، وإحدى الطرق المتبعة للحفاظ على حياة هؤلاء المرضى هي إدخالهم المصحات كوسيلة قصيرة الأجل لضمان سلامتهم ولحين يمكنهم التفكير في طرق لتحسين حياتهم.

هناك من يعترضون على الإيداع الإجباري للأشخاص في المستشفيات والجهود المبذولة لمنع الأشخاص من قتل أنفسهم، وبكل وضوح وصراحة أوضح "توماس زياس" Tomas Szasz 1999 أن الحيلولة دون الانتحار هو أمر غير عملي ولا أخلاقي، فهو غير مهني لأن أولئك المصرين على الموت سيقومون بتنفيذ ذلك حتى أولئك الذين يتم إيداعهم في المستشفيات سيسعون إلى القيام بذلك، ووفقا لوجهة نظره فإن منع الانتحار هو أمر غير أخلاقي وذلك لأن من حق الناس أن يتخذوا قراراتهم. أما عن وجهة نظرنا، فإن استثناءاته الرئيسة هي أن المعالجة غالبا ما تزجر الناس عن الإقدام على الانتحار، وأن معظم الناس الذين يمنعون من قتل أنفسهم يشعرون بالامتنان لاحقا حين تتاح لهم فرصة جديدة للحياة، فلا توجد إجابة سهلة عن ذلك ولكن لابد من طرح هذه التساؤلات.

الوقاية من الانتحار

هناك ما يزيد على 200 مركز للوقاية من الانتحار في الولايات المتحدة الأمريكية، بالإضافة إلى مراكز أخرى خارجها Lester, 1995 ، وتهدف هذه المراكز عادة إلى فتح خط ساخن على مدى الساعات الأربع والعشرين لمساعدة من يفكرون في الانتحار. إن هناك صعوبة متزايدة في إجراء الأبحاث الضابطة فيما يتعلق بالوقاية من الانتحار وذلك لأن المعدلات الرئيسة منخفضة للغاية، كما أن القدرة على متابعة الانتحار ضمن عدد كبير من السكان لا تزال محدودة.

وأحد الاتجاهات التي تناولت هذه القضية اعتمد على دراسة الانتحار بين أفراد الجيش حيث تتضح معدلات الانتحار، ويمكن تقديم البرامج إلى المجتمع العسكري بأكمله ويمكن أيضا متابعة النتائج بعناية، وفي إحدى الدراسات قام الباحثون بدراسة معدلات الانتحار لدى أفراد القوات الجوية قبل وبعد تطبيق برنامج متكامل للوقاية من الانتحار، وقد وجه البرنامج إلى القادة العسكريين والجنود لتشجيعهم وحثهم على طلب المساعدة والاعتياد على مواجهة المحن وتنمية قدرتهم على التأقلم معها، وقد أفضى تطبيق البرنامج إلى انخفاض يقدر بنسبة 25 بالمئة في معدلات الانتحار الكامل Knox, Pflanz, Talcott, et al., 2010 . وخلصت هذه النتائج إلى توفير دليل دامغ على أن جهود الوقاية يمكنها أن تقلل من معدلات الانتحار.

ملخص:

الوصف السريري ومعدل الانتشار - Clinical Description of Epidemiology

هناك نمطان رئيسان من اضطرابات المزاج: الاضطرابات الاكتئابية والاضطرابات ثنائية القطبية.

- تتضمن الاضطرابات الاكتئابية: اضطراب الاكتئاب الرئيس، واضطراب الاكتئاب المزمن، وقد يصاحبها أعراض الاضطراب المزعج قبل الحيض، واضطراب تقلب المزاج التخريبي. أما الاضطرابات الاكتئابية ثنائية القطبية فتتضمن الاضطراب الاكتئابي ثنائي القطبية I ، الاضطراب الاكتئابي ثنائي القطبية II ، واضطراب دورية المزاج.
- يميز الاضطراب الاكتئابي ثنائي القطبية I بالهوس، أما الاضطراب الاكتئابي ثنائي القطبية II فيميز بالهوس الخفيف ونوبات الاكتئاب، وحالات اضطراب الاكتئاب الرئيس، والاضطراب الاكتئابي ثنائي القطبية I ، والاضطراب الاكتئابي ثنائي القطبية 2 تكون على شكل نوبات، وتتزايد نسبة تكرار هذه الاضطرابات.

- يتسم الاضطراب الاكتئابي المزمن واضطراب دورية المزاج بانخفاض مؤشرات الأعراض خاصة خلال العامين الآخرين.
- يعتبر اضطراب الاكتئاب الرئيس من أكثر الأمراض النفسية انتشارا فنحو 16.2٪ من الناس يمرون به خلال فترة حياتهم، وتتضاعف نسبة الاكتئاب لدى النساء عما هي عليه لدى الرجال، وتندر الإصابة بالاضطراب ثنائي القطبية I إذ تصل نسبة ظهوره إلى واحد بالمائة أو أقل من تعداد البشر.

الأسباب Etiology:

أوضحت الدراسات الجينية أن الاضطراب ثنائي القطبية مرتبط بصورة كبيرة بالوراثة، وأن الاكتئاب موروث بصورة ما.

- ركزت الدراسات البيوعصبية على الحساسية تجاه المستقبلات بصورة أكبر من النواقل، وذكرت أدلة قوية على تضاؤل حساسية مستقبلات السيروتونين عند الإصابة بالاكتئاب والهوس، وهناك أدلة على ارتباط الهوس بارتفاع مستوى الحساسية في المستقبلات بينما يرتبط الاكتئاب بانخفاض هذه الحساسية.
- تبدو الاضطرابات أحادية القطبية وثنائية القطبية مرتبطة بأنشطة لوزة المخ والحزام الأمامي وانخفاض مستوى الديسترول في القشرة قبل الجبهية، والحصين خلال العمليات التي تتضمن أنشطة وجدانية وتحكم شعوري، ولوحظ أنه في حالات الهوس تتزايد مستويات النشاط في مخطط الجسم، ويرتبط الهوس أيضا بإنزيمات البروتين كيناز ج .
- يرتبط تزايد نشاط محور HPA الهيبوثلامس والغدة النخامية وقشرة الغدة الكظرية الذي ظهر في انخفاض معدلات الكورتيزول بسبب الديكساميثادول، بأنماط خطرة من الاكتئاب والاضطراب ثنائي القطبية.
- تركز الأنماط الاجتماعية البيئية على دور أحداث الحياة السلبية، وفقدان المساندة الاجتماعية، والانتقاد الأسري، وأن هذه الأسباب هي التي تؤدي إلى ظهور النوبات، وتعتبر أيضا دوافع تدفع الشخص المصاب بالاكتئاب إلى اختيار الاستجابات السلبية من الآخرين، وأكثر الناس عرضة للاكتئاب هم ذوو المهارات الاجتماعية المنخفضة والذين يميلون إلى طلب العون بشكل كبير.
- ترجع اضطرابات الشخصية المصاحبة للاكتئاب إلى الأعصاب، ومن خلال القياسات العصبية يمكن التنبؤ بنوبات الاكتئاب.
- تتضمن النظريات المعرفية نظرية "بيك" Beck ونظرية اليأس ونظرية الاجترار، وجميع هذه النظريات ترى أن الاكتئاب قد ينتج عن عوامل معرفية، ولكن طبيعة هذه العوامل المعرفية تتباين وفقا لكل نظرية، فنظرية بيك تركز على المنظومة

المعرفية، والمخططات السلبية، والقواعد المعرفية، وتبعا لنظرية اليأس فإن انخفاض تقدير الذات أو الاعتقاد بأن أوضاع الحياة لن تتغير، وهذا ما يؤدي إلى الشعور باليأس والذي يظهر على شكل أعراض تسمى الاكتئاب الناتج عن اليأس. أما نظرية الاجترار فتركز على الآثار السلبية الناتجة عن البحث عن مسببات المزاج الحزين.

- تتشابه النظريات النفسية المفسرة للاكتئاب ثنائي القطبية مع النظريات المفسرة للاكتئاب القطبي أحادي القطبية، وقد أرجع بعض الباحثين أسباب ظهور أعراض الهوس إلى خلل في منظومة الثواب بالمخ، ويمكن للهوس أن ينشأ نتيجة لأحداث الحياة المرتبطة بتحقيق الهدف، كما أنه قد يحدث نتيجة للحرمان من النوم.

المعالجة Treatment:

- هناك العديد من العلاجات النفسية الفعالة في علاج الاكتئاب، وهي تتضمن العلاج النفسي البين شخصي، والعلاج المعرفي، والعلاج بالتنشيط السلوكي، والعلاج السلوكي بمساعدة الزوجين.
- المناهج التي وضعت للمساعدة في العلاج الدوائي للاضطراب ثنائي القطبية تتضمن التثقيف النفسي، والعلاج الأسري، والعلاج المعرفي.
- أوضح العلاج بالصدمات الكهربائية وعقاقير مضادات الاكتئاب فاعليتهم في إزالة الاكتئاب، ويعتبر الليثيوم هو أفضل علاج توصلت إليه الأبحاث لعلاج الاضطراب ثنائي القطبية، إلا أن عقاقير مضادات الاكتئاب قد أظهرت فاعليتها في علاج الهوس، وقد أصبح العلاج الدوائي باستخدام مضادات الاكتئاب شائعا عند علاج الاضطراب ثنائي القطبية.

الانتحار Suicide:

- الرجال، وكبار السن، والمطلقون، والأرامل هم أكثر الناس عرضة لمخاطر الانتحار، ومعظم من يقدمون على الانتحار ظهر عليهم أعراض اضطرابات نفسية، ويظهر على أكثر من نصفهم أعراض الاكتئاب، والانتحار لا يرتبط كثيرا بالعوامل الوراثية، وتركز الدراسات البيوعصبية على معدلات السيترونين أو أنشطة محور HPA. كذا فإن العوامل البيئية مهمة أيضا، وكذلك الأحداث الاجتماعية كتمجيد المنتحرين من المشاهير، والكساد الاقتصادي قد يؤديان إلى الإقدام على الانتحار، وهناك عوامل نفسية تؤدي إلى التفكير في الانتحار منها انخفاض القدرة على حل المشكلات، واليأس، وانعدام أسباب التعلق بالحياة، ويظهر لدى من يفكرون في الانتحار نزعات انتحارية ناجمة عن الاندفاع والتهور.
- هناك العديد من المناهج التي تم وضعها للوقاية من الانتحار، فبالنسبة للأشخاص الذين يعانون مرضاً عقليا فإن المعالجة النفسية والعقاقير تساعد في خفض النزعة

الانتحارية، ويرى البعض أنه يجب تناول الانتحار بصورة صريحة مباشرة، لذا يمكن للعلاج السلوكي المعرفي تقليل التفكير في الانتحار أو السلوك الانتحاري. وهناك خطوط اتصال ساخن للوقاية من الانتحار منتشرة في معظم المدن، وترى بعض الدراسات أن الوقاية من الانتحار أمر ممكن.

6

الفصل السادس
اضطرابات القلق

الفصل السادس
اضطرابات القلق

ترجمة

د/ أمثال هادى الحويلة

الأهداف التعليمية ... أن تكون قادرًا على:

1- وصف الخصائص الإكلينيكية لاضطرابات القلق.
2- تفسير كيفية حدوث اضطرابات القلق معًا، وتأثير كل من النوع والخلفية الثقافية على معدل انتشار اضطرابات القلق.
3- التعرف على الخصائص المشتركة بين اضطرابات القلق، وكذلك الخصائص المميزة لكل اضطراب على حدة.
4- وصف المناحي العلاجية المشتركة بين جميع اضطرابات القلق، والمناحي العلاجية المختصة لكل اضطراب على حدة.

حالة سريرية: جيني Jenny

كانت "جيني" طالبة تبلغ من العمر الثالثة والعشرين وتدرس في السنة الأولى من كلية الطب. وكان ذلك العام عاما صعبا ليس فقط بسبب ساعات الدراسة الطويلة ومصاعب الدراسة في كلية الطب، ولكن أيضا لأن والدتها كانت قد أصيبت بالسرطان. وفي يوم من الأيام شعرت جيني بالدوار أثناء حضورها إحدى الحلقات الدراسية التي يطلب خلالها الطبيب المحاضر من الطلبة تشخيص وتوضيح إحدى الحالات. في ذلك اليوم شعرت جيني بقلق بالغ ألا تستطيع الإجابة على تلك الأسئلة عندما يأتي دورها. وعندما دارت هذه الفكرة في رأسها بدأت ضربات القلق تتسارع وتبللت راحتا يديها بالعرق. شعرت "جيني" بخوف شديد من أن يكون أصابها مكروه ما، فغادرت الحجرة فجأة دون تقديم تفسير ما لرحيلها. وخلال نفس اليوم فكرت في طريقة لتفسير تركها الحلقة الدراسية؛ لكنها لم تهتد إلى طريقة لوصف حالتها للطبيب المحاضر. وفي تلك الليلة لم تستطع النوم، وظلت تسأل نفسها عما حدث لها، وهي تشعر بالقلق من أن تتكرر تلك الحالة ثانية. وكانت جيني قلقة حيال كيفية تأثير تلك الحالة في قدرتها على المشاركة في الحلقات الدراسية وأيضا على أدائها للأدوار الأخرى أداء جيدا، مثل تشكيل مجموعة بحثية صغيرة، ومقابلة أفراد الطاقم الطبي والمرضى. وبعد مرور أسبوع كانت تقود سيارتها متوجهة إلى كلية الطب، فأصيبت بنوبة من أعراض تشابه الأعراض السابقة،

مما أجبرها على إيقاف السيارة على جانب الطريق. وفي ذلك اليوم أخذت أجازة من الدراسة. وخلال عدة أسابيع تالية بدأت تتحاشى المواقف العامة قدر الإمكان لأنها كانت تخاف من المهانة عند ظهور تلك الأعراض ثانية. وبدأت "جيني" تتحاشى الاشتراك في المجموعات الدراسية والخروج مع الأصدقاء؛ ورفضت عروضا للتدريب تتضمن مقابلات علنية مع المرضى. وتركت جيني كورَسْ الكنيسة على الرغم من أنها كانت تستمتع بالمشاركة فيه. وعلى الرغم من عزلتها تعرضت لثلاث نوبات أخرى من الأعراض، كل نوبة في موقف غير متوقع. فبدأت تعتقد أن كلية الطب كانت اختيارا غير موفق لأنها كانت تشعر بمخاوف شديدة من التعرض لنوبة أخرى خلال الحلقات الدراسية. وبعد أن قرأت في أحد كتبها الدراسية عن اضطراب الهلع Panic Disorder قررت زيارة أحد الأخصائيين النفسيين؛ فأكد لها أنها تعاني أحد اضطرابات القلق يسمى اضطراب الهلع، وبدأ معها برنامجا من العلاج السلوكي المعرفي.

لا يمر أسبوع واحد على الأقل على معظم الأفراد دون أن يشعروا بالقلق أو الخوف. وفي هذا الفصل سوف نركز على مجموعة من الاضطرابات تسمى اضطرابات القلق Anxiety Disorders. وكل من القلق والخوف يلعب دورا مهمًا في هذه الاضطرابات؛ وبالتالي فمن الأهمية بمكان فهم بعض أوجه التشابه والاختلاف بين هذين الانفعالين.

يُعرَّف القلق Anxiety بأنه توجس من مشكلة متوقعة؛ ويُعرَّف الخوف Fear في المقابل بأنه رد فعل لخطر حالي. ويركز الأخصائيون النفسيون على "الراهن" في الخوف في مقابل "التوقع" في القلق؛ فالخوف يتعلق بخطر واقع في هذه اللحظة، أما القلق فعادة ما يتعلق بخطر في المستقبل. وبالتالي فإن الفرد الذي يواجه أحد الدببة يشعر بالخوف؛ أما الطالب الجامعي الذي ينشغل تفكيره باحتمال أن يكون راتبه متدنيا بعد التخرج فيعاني القلق.

ويمكن أن يصاحب كلا من القلق والخوف استثارة، أي نشاط في الجهاز العصبي السيمبثاوي. وكثيرا ما تكون درجة الاستثارة متوسطة في حالة القلق وأعلى منها في حالة الخوف؛ فالفرد الذي يعاني القلق قد لا يشعر سوى باضطراب في النشاط وتوتر فسيولوجي؛ أما الفرد الذي يعاني الخوف فقد يكون عرقه غزيرا، وتنفسه متسارعًا، وبداخله رغبة في الهروب لا يستطيع مقاومتها.

والقلق والخوف ليسا "سلبيين" بالضرورة؛ فكلاهما في حقيقة الأمر يساعد على التكيف. فالخوف عنصر أساسي في الاستجابة التالية: "الهروب أو العراك"؛ أي أن الخوف يسبب تغيرات سريعة في الجهاز العصبي السيمبثاوي تهيؤ الجسد للهروب أو العراك.

والخوف في الوقت المناسب ينقذ حياة الإنسان تخيل فردا يتعرض لهجوم أحد الدببة ولا يشعر برغبة في الهرب، ولا بتدفق للطاقة بداخله، ولا يوجد تنظيم لتلك الطاقة من أجل الهروب السريع! . إلا أننا نجد في بعض اضطرابات القلق أن منظومة الخوف تبدو وقد أخفقت؛ فالفرد يشعر بالخوف مع عدم وجود خطر في البيئة المحيطة انظر المناقشة الخاصة بنوبات الهلع في موضع لاحق من هذا الفصل .

وانفعال القلق يساعد على التوافق؛ حيث إنه يساعدنا على الانتباه إلى المخاطر المستقبلية والتخطيط لها؛ أي أنه يزيد من قدرتنا على الاستعداد، ويساعد في تفادي المواقف الخطرة المحتملة، ويجعلنا نفكر جيدا في المشكلات المحتملة قبل حدوثها. وقد وجد الباحثون في الدراسات المعملية التي أجريت لأول مرة منذ مائة عام وتم التأكد من صحتها مرات كثيرة منذ ذلك الحين - أن القلق الخفيف يؤدي إلى القيام بالمهام المعملية على نحو أفضل Yerkes & Dodson, 1908 . إلا أنك لو سألت فردا يعاني درجة شديدة من قلق الاختبار test anxiety فإنه سيقول لك إن القلق المفرط يعوق الأداء. القلق إذا يعد مثالا تقليديا لمنحنى حرف U بالنسبة للأداء؛ أي أن القلق الخفيف يساعد على التكيف، والقلق المفرط ضار.

وفي هذا الفصل سنتعرض لاضطرابات القلق الرئيسة المدرجة في الطبعة الخامسة من الدليل التشخيصي والإحصائي للجمعية الأمريكية للطب النفسي DSM-5، وهي: حالات الرهاب المحدد specific phobias، واضطراب القلق الاجتماعي social anxiety disorder، واضطراب الهلع panic disorder، ورهاب الأماكن المفتوحةAgoraphobia، واضطراب القلق العام generalized anxiety disorder. أما اضطراب الوسواس القهري obsessive-compulsive disorder، واضطرابات المرتبطة بالصدمة trauma-related disorders تشترك مع اضطرابات القلق ولكنها أيضًا تتميز في بعض النقاط المهمة. لإدراك هذه الفروق، خصص الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس هذه الاضطرابات فصولا جديدة تالية لفصل اضطرابات القلق. حيث يغطي الفصل السابع الوسواس القهري واضطرابات المرتبطة بالصدمة. انظر شكل 6-1 لاستعراض كيفية تنظيم كل من الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل والخامس لاضطرابات القلق داخل فصول الكتاب.

فاضطرابات القلق كمجموعة من أكثر أنواع التشخيصات السيكاتيرية شيوعًا. فنجد على سبيل المثال أن إحدى الدراسات قد أجريت على أكثر من ثمانية آلاف من البالغين في الولايات المتحدة الأمريكية، ووجدت أن حوالي 28 بالمائة من المشاركين إصابتهم خلال إحدى فترات حياتهم بأعراض تتفق مع المعايير التي وضعها دليل DSM-IV-TR

لتشخيص اضطرابات القلق Kessler, Berglund, Demler, et al., 2005 . وأكثر هذه الاضطرابات شيوعًا هو الرهاب على وجه الخصوص. واضطرابات القلق كمجموعة تضر المجتمع كثيرا وكذلك المصابين بها ؛ فهذه الاضطرابات تكلف المجتمع ضعف متوسط النفقات الطبية Simon, Ormel, Vonkroff, et al., 1995 ، وتمثل عاملاً استهدافيا لأمراض الأوعية القلبية وأمراض طبية أخرى Roy-Byrne, Davidson, Kessler, et al., 2008; Smoller, Pollack, Wassertheil-Smoller, et al., 2007 ، وتجعل المرضى أكثر تعرضًا للأفكار الانتحارية والمحاولات الفعلية مقارنة بالأفراد بدون تشخيصات سيكاتيرية بمعدل مرتين على الأقل Sareen et al., 2005 ، وتؤدي إلى صعوبات في التوظيف American Psychiatric Association, 2000 ، وتثير قضايا خطيرة تتعلق بالعلاقات بين الأفراد Zatzick, Marmer, Weiss, et al., 1997 . وترتبط اضطرابات القلق بتدني أبعاد نوعية الحياة Olatunji, Cisler, & Tolin, 2007 .

وسوف نبدأ بتعريف أعراض اضطرابات القلق؛ ثم ننتقل إلى الموضوعات المشتركة الخاصة بأسباب وعلاج تلك الاضطرابات كمجموعة واحدة؛ ونستعرض في النهاية أسباب وعلاج الأنواع المحددة من اضطرابات القلق. وهناك الكثير من المنهجيات المختلفة التي ساعدت في إلقاء الضوء على اضطرابات القلق، مثلها مثل معظم الاضطرابات. وبالتالي سوف نتبنى وجهات نظر مختلفة أثناء مناقشاتنا لأسباب اضطرابات القلق وعلاجها ؛ لكننا سنركز على وجه الخصوص على الأبحاث الوراثية، والبيولوجية العصبية، والأبحاث الفردية، والأبحاث المعرفية، والسلوكية.



شكل 6-1: تشخيصات اضطرابات القلق: قسم الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع اضطرابات القلق إلى ثلاثة فصول في الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس: اضطرابات القلق، الوسواس القهري والاضطرابات المرتبطة، الاضطرابات المرتبطة بالكرب ومصادر المشقة. أما رهاب الأماكن المفتوحة فقد تم تغيره من تشخيص تحت اضطراب الهلع إلى تشخيص منفصل في الجهة الأخرى

الوصف السريرى لاضطرابات القلق:

هناك خلط متعدد في طريقة تعريف اضطرابات القلق. حيث تشترك اضطرابات القلق جميعا في وجود مستويات من القلق شديدة الارتفاع أو كثيرة التكرار. ما عدا اضطراب القلق العام، فاضطرابات القلق التي سوف نناقشها في هذا الفصل تشمل الميل نحو خبرة شديدة من الخوف غير المعتاد Cox, Clara, & Enns, 2002 . على سبيل المثال، المعايير التشخيصية المتعددة للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الخامس تتميز بالآتى:

- تداخل الأعراض مع المجالات الوظيفية المهمة أو تسبب كربا ملحوظا.
- أن تكون الأعراض ليست سببا لتناول العقاقير أو لظروف مرضية.
- يختلف الخوف والمخاوف عن أعراض اضطرابات القلق الأخرى.

فكل اضطراب يُعرف من خلال مجموعة من الأعراض المرتبطة بالقلق أو الخوف انظر جدول 6-1 للاطلاع على عرض موجز .

جدول 6-1 اضطرابات القلق التي يحتوي عليها هذا الفصل

الاضطراب	الوصف	التغييرات المهمة في الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس
الرهاب المحدد specific phobia	خوف من الأشياء أو المواقف لا يتناسب مع أي خطر واقعي.	- تحديد الفترة الزمنية التشخيصية للراشدين. - لا يحتاج الأفراد إلى إدراك الخوف بأنه غير واقعي.
اضطراب القلق الاجتماعي social anxiety disorder	الخوف من الأفراد الذين لم يعتد عليهم الفرد أو من التدقيق والفحص في المواقف الاجتماعية.	- تغير المسمي من المخاوف الاجتماعية social phobia. - تحديد الفترة الزمنية التشخيصية للراشدين.
اضطراب الهلع panic disorder	الشعور بالقلق من تكرار نوبات الهلع.	
رهاب الأماكن المفتوحة agoraphobia	هو الخوف من التواجد في أماكن لا يمكن الهروب أو المساعدة فيها إذا ما أصيب الفرد بأعراض القلق.	اضطراب جديد سابقا نوع فرعي من اضطراب الهلع .
اضطراب القلق العام generalized anxiety disorder	حالة من القلق لا يمكن السيطرة عليها تستمر لمدة ستة أشهر على الأقل.	معايير أكثر تحديدا للأطفال.

الرهاب المحدد Specific Phobias :

الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للرهاب المحدد:
* خوف مزعج أو ملحوظ من أشياء أو مواقف محددة.
* تجنب الأشياء أو المواقف أو تحملها بقلق شديد.
* تستمر الأعراض على الأقل 6 شهور.

الرهاب المحدد هو خوف لا مبرر له يرجع إلى وجود شيء محدد أو التواجد في موقف محدد. ومن بين الأمثلة على حالات الرهاب المحدد: الخوف من الطيران، والخوف من الثعابين، والخوف من المرتفعات. ويغترف الفرد بالخوف المفرط ولكنه لا يزال يبذل جهدًا كبيرًا في تجنب الأشياء أو المواقف التي تخشاها. وتتكون الأسماء العلمية لهذه المخاوف من كلمة يونانية تمثل الشيء أو الموقف المسبب للخوف يليها اللاحقة *phobia* وهذه اللاحقة مشتقة من اسم أحد الآلهة اليونانية ويدعى Phobos، وكان يخيف أعداءه . ومن بين أشهر أنواع الرهاب؛ رهاب الأماكن المغلقة Claustrophobia ورهاب الأماكن المرتفعة Acrophobia. ويصف جدول 6-2 الأسماء المتاحة لأكثر أنواع الرهاب شيوعاً. وبالرغم من هذه المجموعة من حالات الرهاب المحتملة فإن ظهور حالات الرهاب المحدد في الواقع عادة ما يرتبط بعدد محدود من الأشياء والمواقف التي نخافها. وقد حدد الدليل التشخيصي والإحصائي رهابا محددا طبقًا لمصدر الخوف جدول 6-3 . إن الفرد الذي يعاني نوعا ما من الرهاب المحدد يزيد احتمال إصابته بنوع آخر أيضا، أي أن حالات الرهاب المحدد تصاحب بعضها البعض بدرجة كبيرة Kendler, Myers, Prescott, et al., 2001 . وتوضح الحالة الإكلينيكية "جان" لمحة عن تأثير الرهاب المحدد في أهداف الحياة المهمة.

جدول 6-2 أسماء أنواع الرهاب الشائعة

الخوف	الرهاب
الخوف من الأشياء الجديدة	Neophobia
الخوف من الكتب	Bibliophobia
الخوف من الأطفال	Pedophobia
الخوف من نطق الإنجليزية	Anglophobia
الخوف من الرقص	Chorophobia
الخوف من الفئران	Musophobia
الخوف من زبدة الفول السوداني	Arachibutyrophobia
الخوف من التكنولوجيا	Technophobia

الجدول 6-3 : انواع الرهاب المحدد.

نوع الرهاب	مصدر الخوف	الخصائص المصاحبة
رهاب الحيوانات Animal	الحيوانات مثل الثعابين والحشرات .	يبدأ عامة خلال مرحلة الطفولة.
رهاب البيئة الطبيعية Natural Environment	مظاهر البيئة الطبيعية مثل العواصف والمرتفعات والمياه .	يبدأ عامة خلال مرحلة الطفولة.
رهاب الدماء، والحَقْنْ، والإصابة. Blood, Injections, Injury	الدماء، الإصابة، الحُقَن، أو غيرها من الإجراءات الطبية أي التي تتضمن اختراق الجسد .	من الواضح أنه يُوَرَث في العائلات.
رهاب المواقف Situational	المواقف المحددة وسائل النقل العام، والإنفاق، والكباري، والمصاعد، والطيران، وقيادة السيارات، والأماكن المغلقة .	عادة ما يبدأ في مرحلة الطفولة أو في منتصف العشرينات.
غير ذلك	الخوف من الاختناق، والخوف من الإصابة بمرض ما... الخ ؛ مخاوف الأطفال من الأصوات العالية، والمهرجين...الخ.	----

حالة سريرية: جان Jan

كانت "جان" سيدة تبلغ من العمر الثانية والأربعين، وحصلت على وظيفة ذات مرتب كبير في فلوريدا. كانت تفكر في رفض هذه الوظيفة لأن قبولها سوف يجبرها على العيش في منطقة مشهورة بالثعابين. وقبل اتخاذ هذا القرار قررت استشارة أحد المعالجين النفسيين. أخبرت جين المعالج النفسي أنها كانت تتجنب مشاهدة برامج الحياة في الطبيعة التي يمكن أن تظهر فيها الثعابين، وتطلب من زوجها أن يقرأ هو لأطفالهما الكتب التي تتناول الحياة في الطبيعة خشية أن تحتوي هذه الكتب على صور لثعابين، وتتجنب الأنشطة الخارجية بسبب خوفها من الثعابين. وعلى



الرهاب من الأماكن المرتفعة شائع

الرغم من أنها تمكنت من العيش دون حدوث نتائج سلبية كثيرة حتى تلك اللحظة فإن فكرة العيش في منطقة تمتلئ بالثعابين أدت إلى زيادة توجسها كثيرا. وبالإضافة إلى حالة الرهاب التي تعانيها، قالت جان للمعالج النفسي إنها كانت دوما عصبية إلى حد ما مثل والدتها.

اضطراب القلق الاجتماعي Social Anxiety Disorder:

الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس لاضطراب القلق الاجتماعي:
* خوف أو انزعاج ملحوظ من التعرض لفحص اجتماعي.
* التعرض إلى مسببات القلق يؤدي إلى التقييم السلبي.
* تجنب المواقف المزعجة أو تحملها بقلق شديد.
* تستمر الأعراض على الأقل 6 شهور.

اضطراب القلق الاجتماعي عبارة عن خوف غير واقعي شديد ومتواصل، خوف من المواقف الاجتماعية التي يمكن أن يجد الفرد نفسه فيها أمام أفراد غرباء يتفحصونه، أو من مجرد التعرف على هؤلاء الغرباء. بالرغم من أن هذا الاضطراب كان يسمى في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الرابع بالرهاب الاجتماعي social phobia، إلا أن الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الخامس استخدم مصطلح "اضطراب القلق الاجتماعي" لكونه اسما يلائم هذا الاضطراب أكثر من الاسم السابق لأن المشكلات التي يسببها هذا الاضطراب عادة ما تكون أكثر انتشارا وإعاقة للحياة الطبيعية من المشكلات التي تتسبب فيها حالات الرهاب الأخرى Liebowitz, Heimberg, Fresco, et al., 2000 . والمصابون باضطراب القلق الاجتماعي، مثل حالة "مورين" عادة ما يحاولون تجنب المواقف التي يمكن أن يكونوا موضع تقييم فيها، أو يمكن أن تظهر خلالها علامات القلق عليهم، أو يمكن أن تخرج منهم تصرفات غير لائقة مع الآخرين Ruscio et al., 2008 . وكثيرا ما يخاف المصاب بهذا الرهاب من احمرار وجهه بشدة أو إفراز العرق بغزارة خلال تلك المواقف. ويمكن أن يصاب الفرد بالقلق الشديد عند الحديث أو الظهور



أحد أشكال الرهاب هو الخوف الشديد من الدم، والحقن، والعدوى

أمام الأفراد، أو عند تناول الطعام في الأماكن العامة، أو عند استخدام المراحيض العامة، أو عند الانخراط في أي نشاط في حضور.

وبالرغم من أن ذلك قد يبدو مثل الخجل، نجد أن المصابين باضطراب القلق الاجتماعي يتجنبون المواقف الاجتماعية ويشعرون بعدم الراحة من الاختلاط بالمجتمع أكثر ممن يعانون الخجل، كما أنهم يعانون تلك الأعراض لفترات زمنية من أعمارهم أطول من الأفراد الخجولين Turner, Beidel, & Townsley, 1990 . وعادة ما يمتهن المصابون اضطراب القلق الاجتماعي مهنا لا تتفق أبدا مع ما يمتلكونه من مواهب وذلك بسبب تلك المخاوف الاجتماعية الشديدة التي يعانونها. فهم يرون أن امتهان وظائف أقل تميزا ولا تتطلب اختلاطا اجتماعيا يذكر يعد أفضل لهم من الانخراط في المواقف الاجتماعية اليومية.

بين الأفراد المصابين باضطراب القلق الاجتماعي على الأقل ثلثهم أيضًا يتم تفريدهم طبقًا للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الرابع باضطراب الشخصية التجنبية avoidant personality disorder Chavira, Stein, & Malcarne, 2002 . فالأعراض تتداخل بين التشخيصين بدرجة كبيرة، وهناك أيضًا استهداف وراثي بين التشخيصين Reichborn-Kjennerud, Czajkowski, Torgerson, et al., 2007 . فاضطراب الشخصية التجنبية من الاضطرابات الشديدة في بداية ناشئتها وأكثر الأعراض انتشارًا انظر الفصل 15 عن مناقشة اضطراب الشخصية التجنبية .


يبدأ اضطراب القلق الاجتماعي عادة في المراهقة ويتدخل في تطوير الصداقات

يبدأ عادة اضطراب القلق الاجتماعي في بداية المراهقة، عندما تبدأ التفاعلات الاجتماعية ذات أهمية. على سبيل المثال، تبدأ الأعراض في البروز الأولى أثناء الطفولة، وبدون العلاج يصبح اضطراب القلق الاجتماعي مزمنا.

يتنوع اضطراب القلق الاجتماعي حسب شدته من المواقف الأقل نسبيا من المخاوف المحددة إلى مجموعة أكثر عمومية من المخاوف. فعلي سبيل المثال، بعض الأفراد قد يعانون القلق لمجرد التحدث أمام الآخرين لكن ليس في كل المواقف. على النقيض، البعض الآخر يشعرون بالقلق من أغلب المواقف الاجتماعية. يرتبط عدد من خبرات المخاوف بمجموعة من

الاضطرابات الأخرى، مثل الاكتئاب، وتناول الكحول، وتأثيرات سلبية على الأنشطة الاجتماعية والمهنية Acarturk, deGraaf, van Straten, et al., 2008 .

حالة سريرية: مورين Maureen

بعد قراءة إعلان في الجريدة يروج للعلاج الجماعي للأفراد الذين يعانون مشكلات تتعلق بالمواقف الاجتماعية، قررت "مورين" البالغة من العمر ثلاثين عاما أن تطلب العلاج النفسي. بدت "مورين" متوترة خلال المقابلة الشخصية، ووصفت شعورها العميق بالأسى على ذلك القدر الكبير من القلق الذي تشعر به عند الحديث مع الآخرين. وقالت إن مشكلتها تتفاقم على مر السنين إلى الحد الذي جعلها تكف عن التفاعل اجتماعيا مع أي شخص خلاف زوجها. فهي لم تعد حتى تذهب إلى السوبر ماركت بسبب خوفها من التفاعل مع الآخرين. وفسرت "مورين" ذلك بأنها تخاف من التفاعل مع الآخرين لأنها سوف تشعر بالخجل الشديد إذا ظن الآخرون أنها غبية أو أنها لا تستطيع التعبير عن نفسها جيدا. وأدي هذا الخوف إلى إصابتها بالتوتر الشديد حتى إنها كانت كثيرا ما تتلعثم أو تنسى ما كانت تنوى قوله أثناء الحديث مع الآخرين، وهو ما أدى الى تفاقم توجسها من أن يظن الأفراد أنها غبية، وجعلها تدور في حلقة مفرغة من الخوف المتزايد الى الأبد.

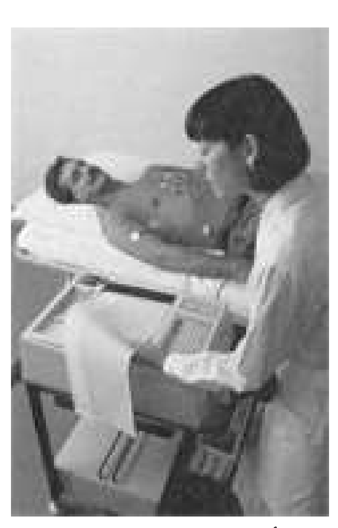
اضطراب الهلع Panic Disorder :

> الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس لاضطراب الهلع:
> * نوبات هلع متكررة ومفاجئة.
> * الاهتمام على الأقل شهر باحتمالية حدوث النوبات، والقلق من نواتج النوبة، أو تغيرات سلوكية غير تكيفيه بسبب النوبات.

يتميز اضطراب الهلع بنوبات متكررة من الهلع لا ترتبط بمواقف محددة، والقلق حيال الإصابة بالمزيد من نوبات الهلع انظر حالة "جيني" التي وصفناها في بداية هذا الفصل . ونوبة الهلع عبارة عن نوبة مفاجئة من التوجس الشديد والرعب والشعور بقرب الأجل، تصاحبها أعراض مثل صعوبة التنفس، وخفقان القلب، والغثيان، وآلام الصدر، والشعور بالاختناق الناتج عن انسداد الحلق choking أو انسداد الفم والأنف smothering، والدوار، والعرق، والارتعاش. ومن بين الأعراض الأخرى التي يمكن ظهورها خلال نوبة الهلع تبدد الشخصية Depersonalization إحساس الفرد بأنه خارج جسده وتبدد الواقع Derealization وهو إحساس الفرد بأن العالم غير حقيقي ، والمخاوف من فقد السيطرة على النفس ومن الجنون أو حتى من الموت. وليس من قبيل المفاجأة شعور المصابين برغبة ملحة في الهرب من أي موقف يكونون فيه عند ظهور نوبة الهلع. وعادة ما تظهر الأعراض بسرعة كبيرة وتصل الى ذروتها في خلال عشر دقائق.

ويمكن النظر الى نوبة الهلع على أنها خلل في منظومة الخوف، فنجد من الناحية الفسيولوجية أن الجهاز العصبي السيمبثاوي يتعرض لعملية إثارة مشابهة لما يحدث عند تعرض الفرد لخطر مباشر يهدد حياته. ولما كانت الأعراض لا يمكن تفسيرها فإن الفرد يحاول فهم ما يحدث له. فإذا أخذ المصاب يفكر في أنه يحتضر أو يفقد السيطرة على نفسه أو أنه في طريقه الى الجنون فمن المحتمل أن يؤدي ذلك الى زيادة خوفه. وهناك 90 بالمائة من بين المصابين باضطراب الهلع تأتيهم تلك الأفكار عند حدوث نوبة الهلع.

ووفقا للمعايير الخاصة بتشخيص اضطراب الهلع في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية لابد أن يتعرض الفرد لنوبات هلع مفاجئة متكررة، ولابد أن يكون لدى الفرد قلق حيال تلك النوبات أو القلق الشديد من تكرار هذه النوبات مرة أخرى. وقد تثار نوبات الهلع من التعرض لمواقف محددة مثل رؤية، ومن ثم ترتبط بالمخاوف، وفي هذا التشخيص لا يُعد اضطراب الهلع هو التشخيص الأساسي.



الأفراد ذوي اضطراب الهلع غالبًا يقوموا باختبارات رسم القلب لخوفهم الشديد من حدوث تغييرات في معدل ضربات قلبهم

وبالرغم من حدوث نوبات الهلع بشكل فجائي، إلا أن الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية يؤكد قلق الفرد من تكرار النوبات أو تغيير سلوكه لمدة شهر على الأقل بسبب تلك النوبات، وبالتالي فإن رد فعل المصاب تجاه نوبات الهلع يعد في نفس أهمية تلك النوبات ذاتها من أجل تشخيص ذلك الاضطراب.

ولابد أن نتذكر أن المعايير الخاصة باضطراب الهلع تتطلب أن تكون نوبات الهلع متكررة. إلا أنه من الشائع جدا أن يصاب الفرد بنوبة هلع واحدة فقط، فنجد أن بعض الدراسات تقول بأن حوالي 30 بالمائة من الأفراد في الولايات المتحدة الأمريكية يقولون بأنهم أصيبوا بنوبة هلع واحدة على الأقل في العمر Kessler, Chiu, Jin, et al., 2006 ، وأن 3 الى 5 بالمائة يقولون بأنهم أصيبوا بنوبة هلع في العام السابق Norton, Cox, & Malan, 1992 . وهناك عدد قليل جدا من الأفراد يصابون بكامل أعراض اضطراب الهلع، وهو ما يوضحه جدول 6-4 . حيث يبدأ اضطراب الهلع عادة خلال مرحلة المراهقة، ويمكن بمرور الوقت أن تكون عواقبه خطيرة. فنجد مثلا أن حوالي 25% من الأفراد المصابين باضطراب الهلع يظلون بلا عمل لأكثر من خمس سنوات Leon, Portera, & Weissman, 1995 .

جدول 6-4 يوضح نسب انتشار اضطرابات القلق في السنة الماضية وفي فترة حياة المرضى

اضطراب القلق	النسبة خلال 12 شهراً الماضية			النسبة خلال فترة الحياة
	ذكور	إناث	الكلي	
اضطراب الهلع	1.7	3.0	2.3	6.0
المخاوف أو اضطراب القلق الاجتماعي	7.5	17.7	12.6	
- اضطراب القلق الاجتماعي				12.10
- مخاوف محددة				12.15
اضطراب القلق العام	1.0	2.1	1.5	5.7

الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس لرهاب الأماكن المفتوحة:

* الخوف أو القلق الشديد من موقفين على الأقل لصعوبة الهروب أو تلقي المساعدة عند حدوث أعراض شديدة من القلق مثل أن يكون المريض خارج المنزل لوحده، السفر من خلال وسائل التنقل، أو يكون في أماكن مفتوحة مثل الأسواق، والجراجات، أو أماكن مغلقة مثل المحلات، المسارح، دور العرض، أو الانتظار في طابور أو في زحام.
* هذه المواقف تستدعي الخوف أو القلق.
* تجنب هذه المواقف المزعجة أو تحملها بقلق شديد.
* تستمر الأعراض على الأقل لمدة 6 شهور.



في رهاب الأماكن المفتوحة، يخاف الفرد من التواجد في الأماكن التجارية، المزدحمة، أو المواقف العامة التي يجد صعوبة في الهرب إذا ظهرت أعراض القلق، فمرضى رهاب الأماكن المفتوحة عادة يصبحون محبوسين داخل منازلهم

رهاب الأماكن المفتوحة Agoraphobia

يعرف رهاب الأماكن المفتوحة أصلها الكلمة اليونانية agora بمعني السوق marketplace بأنه القلق من الأماكن التي تسبب الحرج أو صعوبة الهروب إذا حدثت أعراض القلق. وعادة ما تكون المواقف مخيفة عندما تكون أماكن فيها حشود ومزدحمة مثل محلات البقالة، المراكز التجارية، الكنائس. وفي بعض الأحيان تكون هذه المواقف صعب الهروب منها مثل القطارات، الكباري، رحلات طويلة المسافات. الكثير من

مرضى رهاب الأماكن المفتوحة يعجزون عن ترك منزلهم، والقليل منهم يستطيع لكن مع المعاناة من المشقة الشديدة.

في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع، كان يتعامل مع رهاب الأماكن المفتوحة كأحد أنماط اضطراب الهلع. أما الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس فتعامل مع رهاب الأماكن المفتوحة كتشخيص منفصل. هذا التغيير في الدليل التشخيصي والإحصائي يرجع إلى تعامل نظام التصنيف العالمي لتشخيص الأمراض ICD لرهاب الأماكن المفتوحة كتشخيص منفصل. كما تم تأكيد هذا التشخيص الجديد من الدراسات البحثية. ففي إحدى الدراسات على أكثر من ثلاثة آلاف مشارك، وجد أن أكثر من نصفهم يعانون رهاب الأماكن المفتوحة دون أي أعراض لنوبات هلع أو اضطراب هلع Wittchen, Nocon, Beesdo, et al., 2008 . بالإضافة إلى اقتراح خمس دراسات وبائية من عينات متنوعة أن على الأقل نصف هذه العينات تعاني رهاب الأماكن المفتوحة دون خبرات نوبات الهلع Andrews, Charney, Sirovatka, et al., 2009 . فهؤلاء الذين لا يمرون بخبرات الهلع عادة يركزون على ماذا سيحدث إذا ما تطورت أعراض القلق.

الأماكن المزدحمة تكون ضاغطة للأفراد ذوي رهاب الأماكن المفتوحة لأنهم يجدون صعوبة في الهرب إذا حدثت أعراض القلق

ليس معروفا كثيراً عن نسب انتشار رهاب الأماكن المفتوحة لتعامل دراسات الولايات المتحدة مع هذا الاضطراب كأحد أنماط اضطراب الهلع. ولكن من الواضح أن رهاب الأماكن المفتوحة ترتبط مع اضطراب ملحوظ بالحياة اليومية. والدراسات المتعددة تؤكد أن تأثيرات رهاب الأماكن المفتوحة في نوعية الحياة بدرجة أشد مما هو مُلاحظ في اضطرابات القلق الأخرى Wittchen, Gloster, Beesdo-Baum, et al., 2010 .

اضطراب القلق العام Generalized Anxiety Disorder

يعد "الهم" worry أحد الخصائص الرئيسة لاضطراب القلق العام. فالأفراد المصابون باضطراب القلق العام مهمومون باستمرار حيال أشياء تافهة في كثير من

الأحيان. وكلمة "الهم" تشير الى النزعة المعرفية الى التفكير في مشكلة وعدم القدرة على نسيانها. وكثيرا ما يستمر الهم لأن الفرد لا يستطيع إيجاد حل لمشكلة ما Mennin, Heimberg, & Turk, 2004 . إن معظم الأفراد يشعرون بالهم من وقت لآخر، إلا أن هموم المصابين باضطراب القلق العام كثيرة جدا، ولا يمكنهم السيطرة عليها، وتدوم طويلا. لا يتم تشخيص اضطراب القلق العام إذا قلق الفرد من الأشياء التي تولد اضطرابا نفسيا آخر؛ فعلي سبيل المثال المريض برهاب الأماكن المغلقة claustrophobia يخاف بشدة من التواجد في أماكن مغلقة، ففي هذه الحالة لا يخضع لتشخيص اضطراب القلق العام. فالهموم لدى مرضى اضطراب القلق العام تتشابه مع هؤلاء الذين يقلقون من علاقاتهم، صحتهم، أمورهم المادية، الضغوط اليومية Roemer, Molina, & Borkovec, 1997 . ولكن قلقهم من هذه الموضوعات يتداخل بشكل كبير مع حياتهم اليومية. ومن بين الأعراض الأخرى لاضطراب القلق العام صعوبة التركيز، والملل سريعا، والأرق، وسرعة الغضب، والشد العضلي.

الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس لاضطراب القلق العام:
* الخوف أو القلق الشديد على الأقل نصف اليوم تقريبًا عن عدد من الأنشطة أو الأحداث مثل الأسرة، الصحة، الأمور المادية، العمل، المدرسة .
* يجد الشخص صعوبة في التحكم في هذا القلق أو الهم.
* استمرار القلق لمدة على الأقل 6 شهور.
* يرتبط القلق أو الهم على الأقل بثلاثة أحدهما في الطفولة هي:
  - الأرق أو الشعور بأنه على الحافة.
  - سهولة التعب.
  - صعوبة التركيز أو الشعور بفراغ الرأس.
  - الاستثارة.
  - توتر العضلات.
  - اضطراب النوم.

يتطلب الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الخامس استمرار الأعراض لمدة ستة أشهر على الأقل حتى يمكن التأكد من جودة تشخيص اضطراب القلق العام. ويبدأ اضطراب القلق العام عادة خلال مرحلة المراهقة، إلا أن الكثير ممن يعانون هذا الاضطراب يقولون إنهم دوما ما كانوا يعانون الهموم على مدى حياتهم كلها Barlow, Blanchard, Vermilyea, et al., 1986 . وبمجرد تطوره يصبح هذا الاضطراب مزمنا، ففي إحدى الدراسات قال حوالي نصف المصابين باضطراب القلق العام إنهم عانوا أعراضا متواصلة استمرت لمدة خمس سنوات بعد المقابلة الفردية المبدئية Yonkers, Dyck, Warshaw, & Keller, 2000 .

حالة سريرية: جو Joe

"جو" يبلغ من العمر الرابعة والعشرين ويعمل في إصلاح السيارات. ذهب الى الطبيب بسبب شعوره بدوار وصعوبة في النوم، فقام الطبيب بإحالته الى العلاج النفسي.

كان الكرب يبدو على "جو" بوضوح خلال المقابلة الشخصية المبدئية من البداية حتى النهاية، وكان يزدرد قبل الحديث ويتصبب عرقا وتململ باستمرار في كرسيه. وكان يطلب شرب الماء على نحو متكرر من أجل إطفاء عطش لا يبدو أنه سوف ينطفئ. وعلى الرغم من أنه بدا بالتعبير عن قلقه حيال الأعراض الجسدية التي يعانيها، سرعان ما ظهرت أعراض القلق الشامل. فقد أخبر المعالج النفسي أنه كان في أغلب الأحيان يشعر بالتوتر. وكان يبدو أنه يصاب بالقلق من كل الأشياء. فكان يتوجس من الكوارث التي يمكن أن تصيبه أثناء تفاعله مع الآخرين وأثناء عمله، وذكر أنه يشعر بالقلق في كثير من الأحيان حيال قدرته على إقامة العلاقات، وحيال موارده المالية، وغيرها من الأمور. وذكر تاريخا طويلا من الصعوبات التي واجهته أثناء تعامله مع الآخرين مما أدى الى فصله من عدد من الوظائف. وعبر عن ذلك قائلا: "إنني بالفعل أحب الأفراد وأحاول التعايش معهم، ولكن يبدو أنني أصاب بالغضب بمنتهى السهولة، فأنا أغضب كثيرا من أتفه الأشياء التي يقومون بها، فلا يمكنني أبدا التوافق مع الآخرين إلا إذا سارت الأمور بمنتهى الدقة". وقال "جو" إنه كان يشعر دوما بالتوتر أكثر من الآخرين، وأن القلق الذي يشعر به تزايدت حدته كثيرا بعد انفصال عاطفي قبل عام مضى.

الأعراض المشتركة في اضطرابات القلق Comorbidity in Anxiety Disorders

أكثر من نصف الأفراد المصابين بنوع من اضطراب القلق تم تشخيصهم باضطراب آخر للقلق خلال فترة حياتهم Brown, Campbell, Lehman, et al., 2001 . هذه الأعراض المشتركة لاضطرابات القلق تلاحظ داخل تشخيص اضطراب القلق العام، التي ترتبط مع تطور الاضطراب لأنماط أخري للقلق بشكل يفوق أربع مرات مقارنة بالجمهور العادي Beesdo, Pine, Lieb, & Wittchen, 2010 . لهذا نجد أكثر من 80% من الذين تم تشخيصهم باضطراب القلق العام طبقًا للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع أن يتم تشخيصهم بنمط آخر لاضطرابات القلق Yonkers, et al., 2000 . بالرغم من ارتفاع معدلات التشخيص باضطرابات القلق، فإنه من الشائع لهؤلاء الأفراد من ذوي اضطراب واحد للقلق أنه يعانون أعراضا فرعية subthreshold symptoms الأعراض التي لا يمكن إدراجها تحت تشخيص واضح لاضطرابات القلق الأخرى Barlow, 2004 . الأعراض المشتركة داخل اضطرابات القلق تنشأ من سببين أساسيين:

- تتداخل الأعراض المستخدمة لتشخيص اضطرابات القلق المتعدد، على سبيل المثال اضطراب القلق الاجتماعي واضطراب الرهاب من الأماكن المفتوحة يشتركان من الخوف من التكدس والزحمة.

- بعض العوامل السببية مثل العصبية البيولوجية وسمات الفردية تزيد الاستهداف لأكثر من واحد لاضطراب القلق. انظر الجزء القادم لمناقشة بعض العوامل المستهدفة .

اضطرابات القلق أيضًا تشترك مع الاضطرابات الأخرى. فثلث المرضى باضطراب القلق عادة يتم تشخيصهم بفئة تشخيصية أخرى لاضطراب نفسي Kessler, Crum, Warner, et al., 1997 . بوجه خاص، حوالي 60% من المرضى الذين يخضعون للعلاج من اضطرابات القلق قد يتم تفريدهم تحت فئة الاكتئاب الرئيس Brown et al., 2001 . كذلك هناك اضطرابات أخرى تتداخل مع اضطرابات القلق تشمل تناول المواد النفسية Jacobsen, Southwick, & Kosten, 2001 ، واضطرابات الفردية Jacobsen, Weissman, & Klerman, 1992 . كذلك مع اضطرابات متعددة، ترتبط بالنواتج الشديدة والمنخفضة لاضطرابات القلق Newman, Moffitt, Caspi, & Silva, 1998; Newman, Schmitt, & Voss, 1997 . فاضطرابات القلق تشترك أيضًا مع الاضطرابات الطبية مثل إحدى الدراسات على الذكور والتى وجدت أن المرضى ذوي المستويات المرتفعة من أعراض المخاوف أكثر عرضة لتطور أمراض القلب ثلاثة أضعاف الذين يعانون مستويات المخاوف المنخفضة Kawachi, Colditz, Ascherio, et al., 1994 .

النوع والعوامل الاجتماعية والثقافية في اضطرابات القلق :

من المعروف أن النوع والثقافة يرتبطان ارتباطا وثيقا بالاستهداف للإصابة باضطرابات القلق، وكذلك الإصابة بأنواع محددة من الأعراض. ولا تزال هناك بعض الألغاز حول سبب وجود تلك الاختلافات، وهو ما سوف نراه لاحقا.

النوع Gender

أشارت دراسات متعددة إلى أن احتمال تشخيص أحد اضطرابات القلق عند النساء يصل الى الضعف على الأقل مقارنة بالذكور de Graaf, Bijl, Ravelli, et al., 2002 . ويوضح جدول 6-4 معدلات انتشار اضطرابات القلق باختلاف النوع. حيث اتضح في هذا المجال أن الإناث أكثر تعرضًا لاضطرابات القلق مقارنة بالذكور.

وهناك العديد من النظريات المختلفة التي تحاول تفسير سبب زيادة احتمال إصابة النساء باضطرابات القلق عن الذكور. فالنساء يكشفن عن الأعراض الخاصة بهم أكثر من الذكور. كما أن الاختلافات النفسية يمكن أن تساعد أيضا في تفسير هذه الفجوات بين النوعين. فنجد مثلا أن الذكور قد يتم تنشئتهم بحيث يؤمنون أكثر من النساء بقدرتهم على التحكم الفردي في المواقف، وهو متغير سوف نناقشه لاحقا باعتباره يقي من اضطرابات

القلق. كذلك العوامل الاجتماعية مثلها مثل دور النوع أيضًا لها تأثير واضح. وعلى سبيل المثال فإن الذكور يمكن أن يتعرضوا لضغوط اجتماعية لمواجهة الخوف أكثر من الضغوط التي تقع على النساء؛ ومواجهة المخاوف قد تكون الأساس لأحد أكثر العلاجات المتاحة فعالية، كذلك قد تتعرض النساء لظروف حياة مختلفة مقارنة بالذكور. مثل تعرض النساء للاعتداء الجنسي أثناء الطفولة والمراهقة Tolin & Foa, 2006 . هذه الأحداث الصدمية تعوق تطور الإحساس بالتحكم في بيئة الفرد، وكما سنراه فيما بعد أن انخفاض الإحساس بالتحكم في بيئة الفرد ربما يسهم في تطور اضطرابات القلق. كذلك يبدو أن الاستجابات البيولوجية للمشقة تبدو أكثر وضوحًا لدى النساء مقارنة بالذكور Olff, Langeland, Draijer & Gersons, 2007 . وربما تتأثر أيضًا بالتأثيرات الثقافية والنفسية. وبالرغم من عدم الفهم الكامل لفجوة الفروق بين الجنسين، إلا أنها تعد ظاهرة مهمة.

الثقافة Culture

يبدو أن الأفراد الذين ينتمون الى مختلف الثقافات يواجهون مشكلات بسبب اضطرابات القلق. إلا أن بؤرة الاهتمام في تلك المشكلات تختلف من ثقافة الى أخرى. فنجد مثلا في اليابان متلازمة مرضية تدعى taijin kyofusho وفيها يشعر الفرد بالخوف من إزعاج أو إحراج الآخرين، والأفراد المصابون بهذه المتلازمة المرضية عادة ما يخافون بعض الأشياء مثل النظر مباشرة في أعين من يحادثونهم، أو احمرار الخدين، أو وجود رائحة للجسد، أو الإصابة بأحد مظاهر التشوه الجسدي. والأعراض الخاصة بهذا الاضطراب تتداخل مع أعراض رهاب المجتمع، إلا أن التركيز على مشاعر الآخرين يميز تلك المتلازمة. ولعل هذا التركيز يرجع الى سمات الثقافة اليابانية التقليدية التي تحث على الاهتمام الشديد بمشاعر الآخرين، وتنهي عن التعبير المباشر عن المشاعر الخاصة McNally, 1997 .

واضطراب kayak angst يشبه اضطراب الهلع، ويصيب السكان الأصليين في غرب جرينلاند، فقد يصاب صائدو حيوان الفقمة عندما يكونون بمفردهم في البحر بخوف شديد، وتوهان، وقلق من الغرق. واضطراب ataque de nervios يوجد أصلا في بورتوريكو، وفيه تظهر أعراض جسدية ومخاوف من الجنون في أعقاب التعرض لضغوط شديدة، وبالتالي فهو يشبه اضطراب الكرب التالي للصدمة. وهناك متلازمات مرضية أخرى تظهر فيها أيضا أعراض مرضية تشبه أعراض اضطرابات القلق، ومن أمثلتها متلازمة koro خوف مفاجئ من دخول الأعضاء التناسلية الى داخل الجسد، ويوجد هذا النوع من المخاوف في جنوب وشرق آسيا ومتلازمة shenkui قلق شديد وأعراض جسدية بسبب فقدان الحيوانات المنوية الذي يحدث مثلا من خلال الاستمناء أو

النشاط الجنسي المفرط، وتوجد تلك المتلازمة في الصين وتشبه أعراضاً أخرى تصيب الأفراد في الهند وسريلانكا ومتلازمة susto مرض الرعب، ويتمثل في الاعتقاد بأن الرعب الشديد أدى الى خروج الروح من الجسد، وتوجد تلك المتلازمة في أمريكا اللاتينية وبين أهلها الذين يقطنون الولايات المتحدة الأمريكية . ويبدو أن الأشياء موضع القلق والخوف في تلك المتلازمات المرضية تتعلق بمعتقدات واتجاهات تنتشر في الثقافات التي تظهر فيها تلك المتلازمات المرضية، وهو نفس الحال مع المتلازمة اليابانية taijin kyofusho. أي أن الثقافة تؤثر على مخاوف الأفراد Kirmayer, 2001 . انظر الفصل الثالث لمناقشة المفاهيم الثقافية للمشقة

ونجد بالإضافة الى المتلازمات المرضية التي تختص بها كل ثقافة على حدة، أن معدل انتشار اضطرابات القلق كما أوضحه الدليل الإحصائي والتشخيصي للاضطرابات النفسية يختلف باختلاف الثقافة. ولا يعد ذلك مفاجأة إذا أخذنا في الاعتبار أن الثقافات تختلف فيما يتعلق ببعض العوامل مثل موقف كل ثقافة من المرض النفسي، ومستويات الضغط النفسي، وطبيعة العلاقات داخل العائلة، وانتشار الفقر؛ وكل تلك العوامل تلعب دورا في الإصابة باضطرابات القلق أو الإبلاغ عن تلك الاضطرابات. فنجد مثلا أن معدل انتشار اضطرابات القلق في تايوان واليابان يبدو قليلا جدا، إلا أن ذلك قد يشير الى وجود وصمة عار شديدة تلتصق بكل من يصاب بمرض نفسي، وهو ما يمكن أن يؤدي الى قلة حالات الإبلاغ عن الإصابة بتلك الاضطرابات في تلك البلدان Kawakami, Shimizu, Haratani, et al., 2004 . وفي كمبوديا وبين اللاجئين الكمبوديين نجد معدلات مرتفعة جدا من اضطراب الهلع وعادة ما يتم تشخيصه تقليديا على أنه kyol goeu أو "عبء زائد" ولعل السبب يرجع الى الكرب الشديد الذي يعانيه الكمبوديون على مدى العقود الماضية Hinton, BaPeou, & Um, 2000; Hinton, Um, & Ba, 2001 .

وعندما يأخذ الباحثون في الاعتبار الأعراض الأكثر تحديدا التي تتكون منها اضطرابات القلق يصبح البحث أكثر إثارة للجدل. فنجد أن الباحثين اعتقدوا لفترة من الوقت أن الأفراد الذين ينتمون الى ثقافات مختلفة تظهر عليهم أعراض التوتر النفسي والقلق بطرق مختلفة، إلا أن الأبحاث الجديدة تتشكك في مدى أهمية تلك الاختلافات. ففي فترة ما كان الكثير من الباحثين يعتقدون أن الأعراض الجسدية للكرب تشيع أكثر بين الثقافات التي تؤمن بمذهب "الجماعة"، أي في الثقافات التي تعد الجماعة أكثر أهمية من الفرد بافتراض أن ذلك يقابل الثقافات الغربية التي تؤمن بمذهب "الفردية" . إلا أن ما يتضح الآن هو أن ذلك الاستنتاج قد يشير الى وجود مشكلات تتعلق بالعينات، فالباحثون غالبا ما يقومون بدراسة القلق والاكتئاب في العيادات النفسية في الولايات المتحدة، أما في الثقافات الأخرى فيقومون بدراستها في العيادات الطبية. ويمكن أن نتخيل أن الفرد الذي

يرى أمامه طبيبا بشريا سوف يركز على الأرجح على الأعراض الجسدية. ونجد بالفعل أن الكثير من الأفراد - بغض النظر عن ثقافتهم - يميلون في البداية الى وصف القلق والاكتئاب باعتبارها أحاسيس جسدية عندما يذهبون إلى إحدى العيادات الطبية. وعندما يقوم الباحثون بعمل مقابلات فردية للمرضى في ظروف متشابهة تبدو نسبة التعبير عن الأعراض الجسدية الى الأعراض النفسية متشابهة كثيرا بين الثقافات Kirmayer, 2001 . وبالرغم من اختلاف الفروق الثقافية في بروفيل الأعراض عند قياسها. على سبيل المثال، الأفراد من بلاد أمريكا اللاتينية وآسيا يسجلون بشدة أعراضا مثل: رنين في الأذن، وجع في الرقبة، الصداع أثناء نوبات الهلع. وقد لاحظ الدليل الإحصائي والتشخيصي للاضطرابات النفسية الخامس هذه الفروق الثقافية في نوبات الهلع lewis-Fernandez, Hinton, Lavia, et al., 2010 . كذلك الإحساس بالحرارة في الرأس والرقبة أيضًا يتم تسجيلهم لدى بلاد أمريكا اللاتينية ونيجيريا، ولهذا تضمن الدليل الإحصائي والتشخيصي للاضطرابات النفسية الخامس إحساسات الحرارة heat sensations بدلا من الهبات الساخنة hot flashes في الدليل الإحصائي والتشخيصي للاضطرابات النفسية الرابع المعدل Craske, Kircanski, Epstein, et al., 2010 .



الاضطرابات المتشابهة لاضطراب نوبة الهلع تحدث عبر الثقافات. في الإسكيمو، يعرف اضطراب kayak-angst من خلال شدة الخوف أثناء الصيد

ملخص سريع:

مجموعة اضطرابات القلق ضمن فئة الاضطرابات النفسية. كما أوضح جدول 6-1 تعريف كل اضطراب على حدة. حيث إن المخاوف المحددة هي شدة الخوف من شيء أو موقف محدد، واضطراب القلق الاجتماعي هو القلق الشديد من الغرباء والتفحص الاجتماعي. أما اضطراب الهلع فهو القلق من تكرار نوبات الهلع. اضطراب الأماكن المفتوحة هو الخوف من الأماكن التي يصعب الهروب منها أو الحصول على المساعدة إذا ظهرت أعراض القلق. وأخيراً القلق العام استمرار الهم على الأقل لمدة 3 شهور.

فالأفراد ذوو أحد اضطراب القلق عادة ما يمرون بخبرة قلق ثانية أثناء الحياة. فحوالي 60% من الأفراد ذوي اضطرابات القلق يمرون بخبرة نوبة الاكتئاب أثناء حياتهم. والنساء أكثر تعرضا لاضطراب القلق مقارنة بالذكور. والتأثيرات الثقافية تركز على الخوف، وطريقة التعبير عن الأعراض، واختلاف انتشار اضطرابات القلق.

عوامل الاستهداف المشتركة بين اضطرابات القلق

في هذا القسم سنناقش العوامل المرتبطة باضطرابات القلق. وسنبدأ بمجموعة من العوامل التي تبدو في زيادة الاستهداف لكل اضطرابات القلق. وفي وجود مثل هذه العوامل المستهدفة ربما يساعد ذلك في تفسير السبب وراء احتمال إصابة الأفراد الذين يعانون أحد اضطرابات القلق من اضطراب آخر من تلك الاضطرابات، أي أن بعض عوامل الاستهداف تزيد من احتمال الإصابة بأكثر من اضطراب واحد فقط من تلك الاضطرابات. فنجد مثلا أن العوامل التي تزيد من خطر الإصابة باضطراب القلق الاجتماعي يمكن أيضا أن تزيد من خطر الإصابة باضطراب الهلع.

جدول 6-5 العوامل التي تزيد من الاستهداف لأكثر من اضطراب القلق:
التشريط السلوكي الكلاسيكي والإجرائي
الاستهداف الجيني
زيادة نشاط في حالة الخوف
خفض وظيفة السيروتين، زيادة نشاط نيروفينبرين
الكف السلوكي
العصابية
العوامل المعرفية: تشمل المعتقدات السلبية، نقص التحكم المدرك، زيادة الانتباه لهاديات التهديد

وسوف تنتظم أغلب الفصول الأخرى في هذا الكتاب، من خلال اختيارنا البدء بالنموذج السلوكي. وقد فعلنا ذلك لأن التشريط الكلاسيكي لاستجابة الخوف يمثل نقطة الأساس لاضطرابات القلق. فأغلب العوامل الأخرى مثل الجينات، وعوامل الاستهداف العصبية البيولوجية، وسمات الفردية، والمعرفية تؤثر في كيفية استعداد الفرد لتطور استجابة خوف جديدة. فهذه العوامل مجتمعة معًا تزيد من حساسية الفرد للتهديد Craske, Rauch, Uisano, et al., 2009 . ويلخص جدول 6-5 العوامل العامة للاستهداف لاضطرابات القلق.

تشريط الخوف Fear Conditioning

ذكرنا سابقًا أن أغلب اضطرابات القلق تشمل المخاوف التي تكون أكثر تكراراً أو شدة بما يفوق لدى خبرات الأفراد. فمن أين تأتي هذه المخاوف؟ تركز النظريات السلوكية لاضطرابات القلق على التشريط، وذلك استنادا الى "نموذج مورر ثنائي العوامل" Mowrer's Tow-Factor Model، الذي نشر عام 1947 انظر شكل 6-2 . ويقترح هذا النموذج على خطوتين في تطور اضطراب القلق Mowrer, 1947 :

1- من خلال التشريط الكلاسيكي Classical Conditioning: وفيه يتعلم الفرد الخوف من مثير محايد المثير المشروط CS الذي يقترن بمثير مكروه في ذاته المثير غير المشروط UCS .

2- من خلال التشريط الإجرائي Operant Conditioning: وفيه يزيد الفرد التخفيف من خلال تجنب المثير المشروط. ويستمر ذلك التجنب بسبب نتيجته التعزيز التي تتمثل في خفض حدة الخوف الذي يشعر به الفرد.

ولنأخذ مثالا على ذلك. تخيل أن رجلا عضه أحد الكلاب فأصيب برهاب من الكلاب. لقد تعلم هذا الرجل من خلال التشريط التقليدي الربط بين الكلاب المثير المشروط والعضات المؤلمة المثير غير المشروط . وهذا يطابق الخطوة الأولى من الخطوتين السابقتين. وفي الخطوة الثانية يحاول الفرد تخفيف حدة الخوف الذي يشعر به من خلال تجنب الكلاب على قدر الإمكان؛ وسلوك الاجتناب هذا يجد تعزيزا من خلال قلة حدة الخوف. ويتضح من ذلك السبب في عدم انتهاء الرهاب، فعندما يتم تعريض ذلك الرجل على نحو متكرر لكلاب لا تعض يفترض أن يتخلص من ذلك الخوف، لكن عندما يتحاشى الكلاب فإنه لا يحظى إلا بالقليل من التعريض أو لا يحظى به أبدا.

ويجب علينا ملاحظة أن النسخة الأولى من النموذج ثنائي العوامل الذي وضعه "مورر" لا يتفق في الواقع مع الأدلة البحثية جيدا، ولهذا ألحق الباحثون بهذا النموذج عددا من الإضافات التي تتفق مع الأدلة البحثية اتفاقا أفضل Mineka & Zinbarg, 1998 . وسوف نتطرق لهذه الإضافات فيما يلي. ومن بين الإضافات التي ألحقت بهذا النموذج دراسة الطرق المختلفة التي يحدث التشريط من خلالها Rachman, 1977 . ومن بين هذه الطرق:

- الخبرة المباشرة، مثل الخوف المشروط من الكلاب في المثال السابق.
- رؤية فرد آخر يتعرض للأذى من قبل أحد المثيرات مثل رؤية كلب وهو يعض أحد الأفراد ، أو رؤية مثير يبعث الخوف في نفس فرد آخر مثل رؤية رجل يظهر عليه الخوف من الكلاب . وهذا النوع من التعلم يسمى النمذجة modeling Fredrikson, Annas, & Wik, 1997 . في الدراسة الأولى، أوضح الباحثون أن رؤية المشاركين فيلما يتلقي فيه أحد الأفراد صدمات. وجد أن المشاركين يستطيعون تلقي هذه الصدمات التالية. فعند مشاهدة صدمات تلقاها غرباء تظهر زيادة نشاط المشاركين في اللوزة المخية التي تجعلهم يستطيعون إذا تعرضوا لخبرة فردية من هذا المنبه السلبي Olsson, Nearing, & Phelps, 2007 .
- وربما يحدث من الإرشادات اللفظية، مثل تحذير الأب لطفله من خطورة الكلاب.

الخطوة الأولى/ التشريط

المثير غير المشروط (عضة الكلب)

رد الفعل المشروط: الخوف من الكلاب عن طريق التشريط التقليدي

الخطوة الثانية/ التشريط الإجرائي

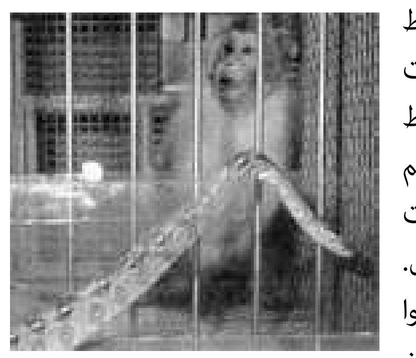
ارتباط من خلال عمليات اقتران متتالية

رد فعل الخوف الشديد يصبح مثيرا أو دافعا

التجنب الواضح

المثير المشروط (الكلب)

شكل 6-2: نموذج التشريط ثنائي العوامل كما يطبق على رهاب الكلب



أوضح بحث سوسان منيكا Susan Mineka أن عند رؤية القرد لقرد آخر يخاف من الثعبان، فهو يكتسب الخوف. هذا يشير إلى دور النمذجة في تفسير المخاوف

ومـن خـلال هـذه المصـادر المختلفـة للـتشريط الكلاسيكي، أوضـح البـاحثون أن الأفـراد ذوى اضـطرابات القلـق ربمـا اكتسـبوا المخـاوف مـن خـلال الـتشريط الكلاسيكي، وتكون أبطأ في انقراض المخاوف بمجـرد أنهـم اكتسـبوها Craske et al., 2009 . أغلـب الدراسـات لهذه الظاهرة تستخدم الاختبارات الضـابطة في المعمـل. فعلي سبيل المثال، في إحدى الدراسـات البـاحثون عملـوا تشريطا للخوف من صورة محايدة لكارت رورشـاخ مـن خلال ربط الصـورة بسـت مـرات صـدمات Michael, Blechert, Vriends, et al., 2007 . فبعـد تلقـي الصدمات الست، أغلب الأفراد في هذه الدراسـة تعلمـوا الخوف من صورة الرورشاخ، كما تم قياسها باستخدام الاسـتجابات الجلديـة عنـد رؤيـة الصـورة، ومن ثم هؤلاء بدون اضـطراب القلـق يتطـور هـذه الاسـتجابة الشرطيـة. فهـؤلاء ذوو اضـطراب القلق أو بدونه يختلفون في مرحلة الانقراض في الدراسة، عنـدما تعـرض الصـورة دون إعطـاء أي

صدمات. فالأفراد الذين لا يفردون باضطراب الهلع أوضحوا أنهم لا يستجيبون بالخوف أثناء فترة الانقراض أو الكف، لكن الأفراد ذوي اضطراب الهلع أوضحوا استمرار استجاباتهم للخوف. أي أن الأفراد ذوى اضطراب الهلع يظهرون استمرار التشريط الكلاسيكي للخوف فترات أطول. الاكتشافات من تحليل 20 دراسة تشير إلى اضطرابات القلق ترتبط مع تطور المخاوف خلال التشريط الكلاسيكي وخفض انطفاء هذه المخاوف بمجرد اكتسابها Lissek, Powers, McClun, et al., 2005 . فالكثير من العوامل المستهدفة – التى سيتم عرضها لاحقًا - ربما تؤثر على زيادة الحساسية لتشريط الخوف.

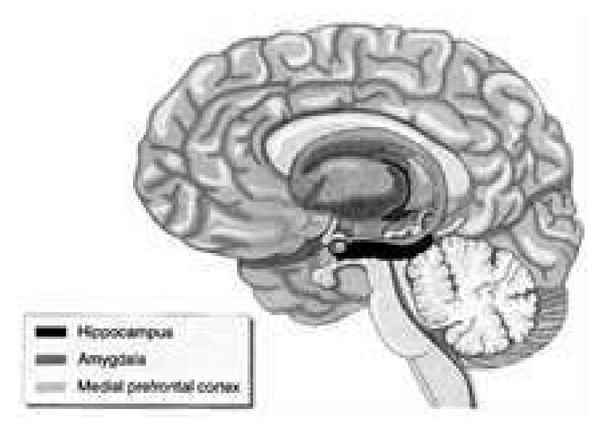
عوامل الجيناتGenetic Factors : هل الجينات من العوامل الاستهدافية لاضطرابات القلق؟

إن الدراسات المتماثلة تشير إلى أن قابلية التوريث تتراوح ما بين 20 إلى 40 بالمائة في حالة الرهاب واضطراب القلق العام واضطراب الكرب التالي للصدمة، وتصل إلى 50 بالمائة في حالة اضطراب الهلع Hettema, Neale, & Kendler, 2001; True, Rice, Eisen, et al., 1993 . ويمكن أن تشير بعض الجينات إلى وجود مستوى مرتفع من خطر الإصابة بعدد مختلف من أنواع اضطرابات القلق Hettema, Prescott, Myers, et al., 2005 . فنجد مثلا أن وجود فرد في العائلة مصاب بالرهاب يزيد من خطر الإصابة ليس فقط بالرهاب ولكن أيضا بأنواع أخرى من اضطرابات القلق Kendler et al., 2001 .

العوامل البيوعصبية Neurobiological Factors : دارة الخوف ونشاط الناقلات العصبية

هناك مجموعة من أجزاء المخ تدعى دارة الخوف Fear Circuit، وعادة ما يتم تنشيط تلك الدارة عند شعور الفرد بالقلق أو الخوف Malizia, 2003 . ودارة الخوف كما تظهر في شكل 6-3 تبدو نشطة نشاطا استثنائيا عند الأفراد المصابين باضطرابات القلق. واللوزة amygdale هي أحد أجزاء تلك الدارة، ويبدو أنها تلعب دورا رئيسا في اضطرابات القلق. واللوزة عبارة عن جسم يشبه ثمار نبات اللوز ويوجد في الفص الصدغي الذي يبدو أنه يلعب دورا في جعل المثيرات ذات دلالة انفعالية. ونجد في الحيوانات أن اللوزة تلعب دورا في غاية الأهمية في التكيف مع الخوف. فهي تبعث إشارات عصبية إلى مجموعة مختلفة من أجزاء المخ التي تكون دارة الخوف. وتشير الدراسات إلى أنه عند عرض صور لوجوه حزينة أو غاضبة على المصابين ببعض اضطرابات القلق المختلفة يحدث لديهم نشاط في اللوزة أكثر منه في حالة غير المصابين بتلك الاضطرابات Blair, Shaywitz, Smith, et al., 2008; Monk, Nelson, McClun, et al., 2000 . ونجد بالتالي أن النشاط الكبير في دارة الخوف وخاصة اللوزة يمكن أن يساعد في تفسير الكثير من اضطرابات القلق المختلفة. وتبدو القشرة المخية الأمامية الأوسط The medial prefrontal cortex أنها دور جوهري في تنظيم نشاط اللوزة -

حيث تشترك في انطفاء المخاوف باستخدام استراتيجيات تنظيم الانفعال للتحكم فيه Indovina, Robbins, Nunez-Elizalde, et al., 2011; Kim, Loucks, Palmer, et al., 2011 . فقد وجد الباحثون أن الأفراد المفردين بفئات اضطرابات القلق يعرضون أقل نشاط في القشرة المخية الأمامية الأوسط Shin, Wright, Cannistraro, et al., 2005 . والدليل أن الاتصال أو المسار بين هذه المنطقيتين ربما يعاني خللا لدى مرضى اضطرابات القلق Kim et al., 2011 . هذه الاختلالات في التواصل بين القشرة المخية الأمامية الأوسط واللوزة ربما يتدخل مع كفاءة تنظيم والتحكم في القلق Yehuda & LeDoux, 2007 . وسوغ نناقش أجزاء أخرى في دارة الخوف، مثل **locus coeruleus** وسوف نناقشها في اضطرابات القلق المحددة.



شكل 6-3 الخوف والقلق يبدوان مرتبطين بمجموعة من البناءات في المخ تسمى دارة الخوف. اللوزة والقشرة المخية الأمامية الأوسط تشترك مع اضطرابات القلق

والكثير من النواقل العصبية التي تلعب دورا في دارة الخوف تلعب أيضا دورا في اضطرابات القلق. فيتضح مثلا أن اضطرابات القلق ترتبط بالخلل في منظومة السيروتونين Chang, Cloak, & Ernst, 2003; Stein, 1998 . ومستويات النوريبنفرين الأعلى من المعدل الطبيعي Geracioti, Baker, Ekhator, et al., 2001 . ويبدو أن حمض جاما امينوبوتيريك GABA له دور في كبح النشاط في جميع أجزاء المخ، ومن بين تأثيراته تقليل القلق Sinha, Mohlman, & Gorman, 2004 . وبالتالي فإن الخلل في وظيفة ذلك الحمض يمكن أن يلعب دورا في الإصابة بالقلق.

الشخصية: الكبح السلوكي Behavioral Inhibition والعصابية Neuroticism

يتسم بعض الأطفال الرضع بالكبح السلوكي **Behavioral Inhibition**، وهو النزوع إلى الهياج والبكاء عند وجود لعب جديدة أو أفراد جدد أو مثيرات أخرى. وهذا النمط السلوكي الذي يوجد عند الأطفال الذين يبلغون أربعة أشهر من العمر يمكن أن يورث وأن يمهد الطريق للإصابة باضطرابات القلق فيما بعد. وقد قامت إحدى الدراسات بمتابعة الأطفال الرضع من سن 14 شهرا وحتى سن سبع سنوات ونصف السنة؛ وقد

ظهرت أعراض القلق في سن السابعة والنصف عند 45 بالمائة من الأطفال الذين ظهرت عليهم مستويات عالية من الكبح السلوكي في سن 14 شهرا، وذلك مقارنة بنسبة 15 بالمائة من الأطفال الذين ظهرت عليهم مستويات منخفضة من الكبح السلوكي Kagan & Snidman, 1999 . ويبدو أن الكبح السلوكي يعد إشارة في منتهى القوة تنبئ بالإصابة باضطراب القلق الاجتماعي: حيث إن 30 بالمائة من الأطفال الرضع الذين ظهرت عليهم مستويات مرتفعة من الكبح السلوكي أصيبوا بالقلق الاجتماعي عند بلوغ سن المراهقة Biederman, Rosenbaum, Hirshfeld, et al., 1990 .

والعصابية Neuroticism تعد إحدى صفات الشخصية، وتتمثل في النزوع إلى الاستجابة للأحداث بوجدان أكثر سلبية من المعتاد. ولكن كيف ترتبط العصابية باضطرابات القلق؟ لقد وجدنا في عينة تتكون من 7076 من البالغين أن العصابية كانت علامة مسبقة تنبئ بالإصابة فيما بعد بكل من اضطرابات القلق والاكتئاب deGraaf et al., 2002 . وكان احتمال الإصابة بأحد اضطرابات القلق يزيد على الضعف عند الأفراد الذين يعانون مستويات عالية من العصابية مقارنة بهؤلاء الذين لا يعانون تلك المستويات Brown, 2007 .

العوامل المعرفية Cognitive Factors

ركز الباحثون على أشكال معرفية منفصلة لاضطرابات القلق. حيث نركز هنا على المعتقدات السلبية المستمرة عن المستقبل، نقص التحكم المدرك، التركيز على هاديات التهديد

المعتقدات السلبية المستمرة عن المستقبل Sustained Negative Beliefs about the Future

كثيرا ما يقول المصابون باضطرابات القلق إنهم يعتقدون بأن أشياء مكروهة سوف تحدث لهم. فنجد مثلا أن المصابين باضطراب الهلع قد يعتقدون بأنهم على وشك الموت عندما يبدأ القلب في الخفقان السريع؛ أما المصابون برهاب المجتمع فقد يعتقدون بأنهم سيتعرضون للرفض والإذلال إذا احمر وجههم. وقد أشار "دايفد كلارك" وزملاؤه Clark, Salkovskis, Hackmann, et al., 1999 ، إلى أن القضية الرئيسة لا تنصب على السبب وراء ذلك التفكير السلبي الذي يراود هؤلاء الأفراد في البداية، وإنما تتعلق بكيفية استمرار تلك المعتقدات. فنجد مثلا أنه عندما يتعرض الفرد لمائة نوبة من نوبات الهلع فمن المتوقع أن يتلاشى اعتقاد ذلك الفرد في أن نوبة الهلع تعني أنه على وشك الموت. ومن بين الأسباب التي تؤدي إلى استمرار تلك المعتقدات هو أن الأفراد يفكرون ويتصرفون بطرق تساعد على استمرار تلك المعتقدات. لهذا حتى يحمى ضد نواتج الخوف، فإنهم ينخرطون

في سلوكيات أمان safety behaviours. على سبيل المثال، الأفراد الذين يخافون سوف يموتـون من سرعة ضربات القلب توقف كل النشاط الجسمي مع ارتفاع ضربـات القلـب. فاعتقـادهم أن سلوكيات الأمان سـوف تحـافظ عـلى حيـاتهم؛ لهـذا تسـمح سـلوكيات الأمـان لـدى الفـرد باستمرار المعتقدات المعرفية السلبية.

التحكم المدرك Perceived Control

إن الأفراد الذين يعتقدون أنهم لا يستطيعون السيطرة على البيئة المحيطة بهـم يكونـون أشد عرضة للإصابة بعـدد كبـير مـن اضـطرابات القلـق مـن الأفـراد الـذين لا يشـعرون بـذلك الإحساس. فنجد مثلا أن المصابين باضطرابات القلق يقولون إنهم لا يشعرون بأنهم يسـيطرون على البيئة المحيطة بهم إلا في أضيق الحدود Mineka & Zinbarg, 1998 . ويمكن أن تساعد خبرات الطفولـة - مثـل الأحـداث الصـادمة Hofmann, Levitt, Hoffman, et al., 2001 ، والتربية التي تعتمد على العقاب وتقييـد الحريـة Chorpita, Brown, & Barlow, 1998 - وسوء الاستخدام Chaffin, Silovsky, & Vaughn, 2005 ، في استمرار رؤية الحياة على أنهـا لا يمكن السيطرة عليها. بالمثل غالبا تتطور اضطرابات القلق بعـد أحـداث الحيـاة التـي تهـدد إحساس التحكم في حياته. بالإضافة إلى أن أكثر من حوالي 70 بالمائة من الأفـراد يقولـون إنهـم تعرضوا لأحد العوامل الضاغطة الشديدة قبل الإصابة بأحد اضطرابات القلق Finlay-Jones, 1989 . كذلك فخبرات الحياة ربما تشكل الإحساس بـالتحكم عنـد مواجهـة المنبهـات المخيفـة. على سبيل المثال، الأفراد الذين يستخدمون الكلاب ويشعرون بالراحـة مـن الـتحكم في سـلوك الكلب يكونون أقل لتطور رهاب بعد عضـة الكلـب. بوجـه عـام، الخـبرات القديمـة والحديثـة لنقص التحكم تؤثر على تطور اضطراب القلق Mineka & Zinbarg, 2006 .

لقد أوضحت الدراسـات التـي تجـرى عـلى الحيوانـات أن انعـدام السـيطرة عـلى البيئـة المحيطـة يمكـن أن يزيـد مـن القلـق. فنجـد مـثلا إن "انسـيل" وزمـلاؤه Insel, Scanlan, Champoux, & Suomi, 1988 قـاموا عشـوائيا بتعـريض حيوانـات النسـناس لواحـد مـن ظرفين، بحيث نشأت إحدى مجموعات النسانيس وتربت على أن لها الاختيار في الحصول على الطعام أو عدمه، وكذلك وقـت الحصـول عليـه؛ وتربـت مجموعـة أخـرى بحيـث لم يكـن لهـا الاختيار في ذلك، أي أن الطعام كان يقدم لأحد القرود في المجموعـة الثانيـة كلـما حصـل أحـد القرود على الطعام في المجموعة الأولى. وفي سن الثالثة ظهرت على القرود التي لم يكن لها حق الاختيار سلوكيات تتسم بـالقلق عنـد التعـرض لمواقـف جديـدة أو التعامـل مـع غـيرهم مـن النسانيس، أما النسانيس في المجموعة الأولى فلـم تظهـر عليهـا نفـس المسـتويات مـن القلـق. ومختصر القول أن كلا من الدراسات الحيوانية والبشرية تشير إلى أن الإحساس بعدم السـيطرة له دور مهم في الإصابة باضطرابات القلق.

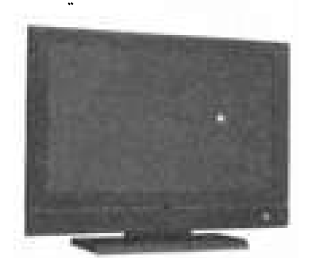
التركيز على هاديات التهديد Attention to Threat

كشفت الدراسات عن أن المصابين باضطرابات القلق يولون اهتماما كبيرا بالهاديات السلبية في البيئة المحيطة مقارنة بغير المصابين Williams, Watts, Macleod et al., 1997 . ولاختبار الانتباه للمنبهات المهددة، استخدم الباحثون مقاييس مثل مهمة نقطة مسبار the dot probe task انظر شكل 6-4 . وبتحليل 172 دراسة، وجد أن كل اضطرابات القلق النوعية ترتبط مع زيادة التركيز على التهديد للمنبهات في المهم على اختبار مهمة نقطة مسبار Bar-Haim, Lamy, Pergamin, et al., 2007 . وعلى سبيل المثال، وجد أن الأفراد ذوي اضطراب القلق الاجتماعي أكثر انتباهًا انتقائيًا للوجه الغاضبة Staugaard, 2010 ، بينما الأفراد ذوو رهاب الثعابين أكثر انتباهًا للهاديات المرتبطة بالثعابين McNally, Caspi, Riemann, et al., 1990; Ohman, Flykt, & Esteves, 2001 . كذلك أثبت الباحثون أن هذا الاهتمام بالمثيرات التي تهدد الفرد يكون تلقائيا وسريعا جدا، بل إنه يحدث قبل أن يعي الفرد للمثير ذاته Ohman & Soares, 1994; Staugaard, 2010 . والخلاصة أن اضطرابات القلق ترتبط بالاهتمام الانتقائي بهاديات التهديد.

الشاشة الأولى



الشاشة الثانية



شكل 6-4 يستخدم مهمة نقطة مسبار لاختبار التحيز في الاهتمام ومن ثم إلى تدريب الأفراد على تعلم التحيزات. في الشاشة الأولى من كل محاولة، المشاركون رؤية كلمة واحدة محايدة وآخري كلمة سلبية. في الشاشة الثانية، نقطة يظهر في الموقع حيث واحد من اثنين وكان الكلمات. يطلب من المشاركين الضغط على زر في أسرع وقت ممكن للإشارة إذا كانت نقطة يظهر على اليسار أو اليمين جانب من الشاشة. في حالة المعروضة هنا، والفرد الذي كان يبحث في كلمة وفاة سوف يستجيب بسرعة أكبر من الفرد الذي كان يبحث على كلمة طاولة. ومن ثم تعليم الأفراد وجود تحيز سلبي، والباحثين تقديم نقطة في نفس الموقع حيث كان كلمة سلبية لمئات من المحاولات. أما المجموعة الضابطة، يظهر بشكل عشوائي على نقطة الجانب الأيسر أو الأيمن من الشاشة.

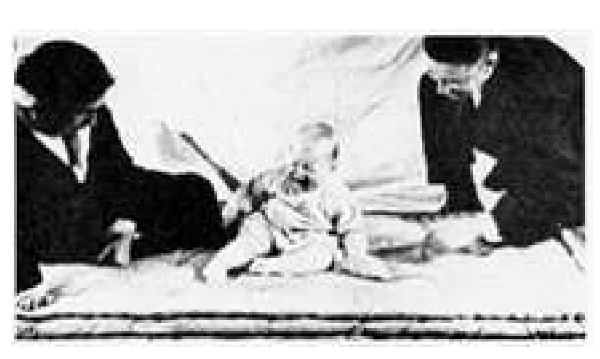
وفي إحدى الدراسات التجريبية، حيث قام الباحثون بفحص ما إذا كان الانتباه إلى المعلومات المرتبطة بالقلق سيؤدي إلى مزيد من القلق Mathews & MacLeod, 2002 . لتدريب الأفراد على الانتباه للكلمات المهددة باستخدام مهمة نقطة مسبار لتعلم الأساس السلبي، عرض المشاركون مئات المحاولات التي تحدث عند حدوث الكلمة السلبية. بينما المجموعة الضابطة تم عرض النقط بشكل عشوائي

لليمين ولليسار على الشاشة. فالإفراد الذين تدربوا على حضور للكلمات السلبية سجلوا أكثر قلقًا مزاجيًا بعد التدريب. خاصة عندما أعطوا مهمة تحدية مثل أداء لغز غير قابل الحل. أما المجموعة الضابطة فلم تظهر أي زيادة في مزاج القلق بعد التدريب. وتقترح النتائج أن الطريقة التي نركز من خلال انتباهنا تشجع وتزيد من مزاج القلق.

فهل هذه الأنماط من التدريب تساعدنا على فهم مستويات التشخيصية للقلق؟ فالباحثون فحصوا ذلك من خلال تدريب الأفراد المفردين باضطراب القلق العام للانتباه للمعلومات الإيجابية Amir, Beard, Burns, & Bomyea, 2009 . للتدريب على الأساس الإيجابي، استخدم الباحثون نسخة من مهمة التحقق من النقطة التي تظهر النقط مع الكلمات الإيجابية. أكملت المجموعة الضابطة عددا من الجلسات متساوية لكن باستخدام نسخة من مهمة النقط التي لا تتبع نظاما محددا. التدريب تم مرتين أسبوعيًا لمدة أربعة أسابيع، وأثناء كل جلسة، كمل المفحوصون 240 محاولة. ولم تظهر المجموعة الضابطة عن فروق في مستويات القلق. أما المشاركون في ظرف التدريب على الأساس الإيجابي فانخفضت درجات القلق في التقرير الذاتي ومقاييس المقابلة بعد التدريب. فحوالي 50% من هؤلاء الأفراد الذين تلقوا تدريبا على الأساس الإيجابي لم يعدوا يفردون باضطراب القلق العام. ونفس الميزات وجدت بين الأفراد ذوي القلق الاجتماعي Schmidt, Richey, Buckner et . al., 2009

أسباب اضطرابات القلق المحددة Etiology of Specific Anxiety Disorders:

ناقشنا فيما سبق العوامل التي ربما تمهد للإصابة باضطرابات القلق بوجه عام. ثم نعود إلى السؤال المتعلق بكيفية الإصابة بكل من اضطرابات القلق المحددة. ونتساءل في هذا الجزء حول لماذا يصاب فرد ما بالرهاب المحدد، ويصاب فرد آخر باضطراب القلق العام؟



البرت الصغير - من خلال واطسن ورنير- يمثل التشريط الكلاسيكي لتطور الخوف من فأر أبيض

وسنركز اهتمامنا حول كيفية ارتباط تلك السمات المشتركة بالتفاصيل التي سوف نوردها فيما يلي وتندمج معها.

أسباب الرهاب المحدد

النموذج السائد للرهاب يحتوى على نموذجين للتشريط السلوكي، تم وصفه سابقًا. ونركز هنا على كيفية تطويع هذا النموذج لفهم الرهاب. سنصف بعض الأدلة البحثية، بالإضافة إلى تدعيمات متعددة لهذا النموذج.

العوامل السلوكية: التشريط للرهاب المحدد:

في النموذج السلوكي، تبدو الرهاب كاستجابة شرطية تتطور بعد التعرض لخبرة مهددة وتستمر من خلال تجنب السلوك. في أول تفسير لهذا النموذج، قام "جون واطسن" John Watson وتلاميذه بنشر حالة سنة 1920 أظهروا من خلالها تكوين الخوف الشديد من فأر الرهاب لدى طفل - "ألبرت الصغير" Little Albert - باستخدام التشريط الكلاسيكي. فالطفل ألبرت لم يكن يخاف من الفأر، لكن بعد تكرار رؤية الفأر مع سماع ضوضاء مرتفعة في ذات الوقت، أصبح الطفل يبكي عندما يري الفأر.



الكثير يسجلون أن الرهاب يتطور بعد التعرض لحدث صدمى

والوصف السابق، تقترح النظرية السلوكية أن الرهاب يمكن تشريطه من خلال صدمة مباشرة، نموذج، تعليمات لفظية. لكن هل معظم الأفراد الذين سجلوا رهابا من هذه الأنماط الخبرات التشريطية؟. ففي إحدى الدراسات تم سؤال 1.937 من الأفراد حول هذه الأنماط التشريطية قبل ظهور رهابهم Kendler, Myers, & Prescott, 2002 . بالرغم من شيوع هذه الخبرات التشريطية، حوالي نصف هؤلاء الأفراد لا يتذكرون أيا من هذه الخبرات انظر جدول 6-6 . المُلاحظ أن هناك العديد من الرهاب يبدأ بدون خبرات تشريطية، وهذا يمثل مشكلة كبيرة في النموذج السلوكي. لكن أنصار النموذج السلوكي اقترحوا أن الأفراد ربما ينسون الخبرات التشريطية Mineka, Ohman, 2002 . بسبب فجوات أو عجز الذاكرة، خاصة وأنه لا يوجد تقدير محدد لعدد الأفراد الذين يتذكرون الخبرات التشريطية في النموذج السلوكي.

جدول 6-6 نسب تسجيل الخبرات التشريطية قبل ظهور الرهاب

نوع المخاوف	الصدمة المباشرة	الصدمة أو الخوف لدى الآخرين	تعلم الخوف	لا تذكر للخبرة التشريطية
الأماكن المتسعة	27.0	3.4	4.6	65.1
القلق الاجتماعي	23.3	4.6	7.3	65.0
الحيوان	48.1	9.1	11.6	31.2
الموقفي	32.7	8.1	6.3	52.9
الدم/الحقن/ العدوى	46.7	13.6	7.2	32.4

المصدر: دراسة مسحية اجراها كيندلر وميرز وبريسكوت في عام 2002 على 1937 فردًا

هناك الكثير من الأبحاث السلوكية التي تتناول الرهاب وتركز اهتمامها على الخبرات الصادمة والتشريط conditioning. ولب هذا النموذج يركز على فكرة أن الأفراد يصابون بالرهاب بعد تعرضهم لمثير مكروه. ولابد أن تتذكر وأنت تقرأ هذا القسم من الكتاب أن الكثير من الأفراد الذين يتعرضون لمثيرات مكروهة لا يصابون بالرهاب. ولعل عوامل المخاطرة التي ذكرناها سابقا - مثل قابلية التوريث والعصابية - تجعل لدى الفرد أهبة diathesis، وهي استعداد مرضي يتحكم في الإصابة بالرهاب في إطار تجربة تعتمد على التشريط Mineka & Sutton, 2006 .

وهناك إضافة أخرى لنموذج "مورر" تتعلق بدراسة أنواع المثيرات التي يخافها الأفراد. إن النموذج الأصلي الذي وضعه "مورر" يشير إلى إمكانية استخدام التشريط لجعل الأفراد يخافون من جميع أنواع المثيرات. إلا أن المصابين بالرهاب عادة ما يخافون أنواعا معينة من المثيرات. فالأفراد مثلا لا يصابون برهاب من الزهور، أو الحملان، أو الأباجورات! إلا أن رهاب الحشرات أو غيرها من الحيوانات، البيئات الطبيعية، والدم تشيع كثيرا. فنجد مثلا أن حوالي نصف النساء يقلن إنهن يخفن من الثعابين، كذلك نجد أن الكثير من أنواع الحيوانات المختلفة يظهر عليها الخوف عند رؤية الثعابين Ohman & Mineka, 2003 . ويقول الباحثون إنه خلال مرحلة النشوء والتطور التي مر بها الجنس البشري تعلم الأفراد إظهار رد فعل شديد القوة تجاه المثيرات التي يمكن أن تهدد الحياة بما في ذلك البيئات الخطيرة بطبيعتها مثل المرتفعات، والحيوانات مثل الثعابين، والبشر الغاضبين Seligman, 1971 . ولعل دارة الخوف لدينا نشأت بحيث تستجيب بسرعة كبيرة وعلى نحو ذاتي لهذه الأنواع من المثيرات. أي أن دارة الخوف يمكن أن تكون قد "أُعدت" من خلال عملية النشوء والتطور بحيث تتعلم الخوف من مثيرات معينة؛ وبالتالي يطلق على هذا النوع من التعلم: التعلم المُعَد Prepared

Learning. وأثناء قيام الباحثين باختبار هذا النموذج اكتشف بعضهم أنه يمكن تعليم الأفراد الخوف من الكثير من الأنواع المختلفة من المثيرات McNally, 1987 . والمخاوف من معظم أنواع المثيرات تتبدد سريعا مع التعرض المستمر لمصدر الخوف، أما المخاوف من المثيرات الخطيرة بطبيعتها فتستمر وفقا لمعظم الدراسات Dawson, Schell, & Banis, 1986 .

نجد كذلك أن التعلم المعد يرتبط بالتقليد السلوكي، وهو ما أوضحته دراسة أجريت على أربع مجموعات من نسانيس ريسس Cook & Mineka, 1989 . وخلال الدراسة تم عرض شريط فيديو لكل مجموعة من النسانيس يظهر مشاهد من الخوف الشديد، إلا أن الباحثين قاموا بعمل مونتاج ماهر لأشرطة الفيديو بحيث يبدو مصدر الخوف مختلفا لكل مجموعة: ثعبان لعبة، أو تمساح لعبة، أو زهور، أو أرنب لعبة. وما حدث أن النسانيس التي شاهدت شريط فيديو يظهر نسناسا يخاف من ثعبان لعبة أو تمساح لعبة هي فقط التي تعلمت الخوف من هذا الشيء، ويشير ذلك إلى أن تعليم نسانيس ريسس - وكذلك البشر - الخوف من المثيرات التي يحتمل أن تهدد الحياة أسهل من تعليمهم الخوف من المثيرات المتعادلة العادية .

أسباب اضطراب القلق الاجتماعي Etiology of Social Anxiety Disorders:

سوف نستعرض في هذا الجزء من الكتاب العوامل السلوكية والمعرفية المرتبطة بالقلق الاجتماعي. وسمة الكف السلوكي الذي تحدثنا عنه آنفا يمكن أن يؤدي دورا مهمًا في الإصابة بالقلق الاجتماعي.

العوامل السلوكية: التشريط لاضطراب القلق الاجتماعي

تتشابه وجهات النظر السلوكية لأسباب اضطراب القلق الاجتماعي مع تلك الخاصة بأسباب الرهاب المحدد، فهي جميعا تستند إلى النموذج التشريطي ثنائي العوامل. أي أن الفرد يمكن أن يتعرض لتجربة اجتماعية سلبية مباشرة، أو من خلال النمذجة السلوكية، أو التوجيه اللفظي ويتعلم من خلال التشريط التقليدي الخوف من المواقف المشابهة لتلك التجربة، ويتجنب بعد ذلك تلك المواقف. ويستمر هذا السلوك الاجتنابي من خلال التشريط الفاعلي لأنه الاجتناب يقلل من مقدار الخوف الذي يشعر به الفرد. ولا يتبدد ذلك الخوف المشروط من خلال المشاركة في المواقف الاجتماعية التي ليست لها عواقب سلبية لأن الفرد يميل إلى تجنب المواقف الاجتماعية بصفة عامة. وحتى عندما يتعامل الفرد مع الآخرين يمكن أن يظهر عليه السلوك الاجتنابي بطرق أقل وطأة تسمى السلوكيات الوقائية Safety Behaviors. ومن بين أمثلة السلوكيات الوقائية تجنب النظر مباشرة في أعين الآخرين، والخروج من المحادثات، والوقوف بعيدا عن الآخرين. وتوجد

أدلة بحثية تشير إلى المصابين برهاب المجتمع يتجنبون النظر إلى المثيرات الاجتماعيـة، بـل وإلى صـور الوجوه. ومن سوء الحظ أن الآخرين عادة ما يستاءون من هذه السلوكيات الاجتنابية، وهو ما يؤدي إلى تفاقم المشكلة Wells, 1998 . ولتتخيل كيف سيكون رد فعلك إذا كنت تحاول التحدث إلى فرد ينظر إلى الأرض ولا يستطيع الإجابة على تساؤلاتك ويترك الحجرة في منتصف المحادثة.

العوامل المعرفية: التركيز أكثر من اللازم على التقييمات الذاتية السلبية

تركز النظرية على الطرق المختلفة المتعددة التي يمكن للعمليـات المعرفيـة أن تقـوم مـن خلالها بزيـادة حـدة القلـق الاجتماعـي Clark & Wells, 1995 . فنجـد أولا: أن المصـابين بـالقلق الاجتماعـي يتقيـدون بمعـايير شـديدة جـدا لـلأداء ويؤمنون بأفكار سـلبية غـير واقعيـة حـول عواقـب سلوكياتهم الاجتماعيـة، فقـد يعتقـدون مـثلا أنهـم سيتعرضون للرفض من قبـل الآخـرين عنـد احمـرار وجوههم أو التوقـف أثنـاء الحـديث. وثانيـا: يهـتم هؤلاء الأفراد بـأدائهم في المواقـف الاجتماعيـة أكـثر من غيرهم، ومعنـى ذلـك أنهـم يهتمـون بـالآخرين اهتمامـا أقـل. وقـد يهتمـون عـلى وجـه الخصـوص بنظرة الآخرين لهم "لابد أنه يعتقـد أننـي غبـي" ، كما أنهم يقسون على أنفسهم في تقييم أدائهم أكثر من الآخرين. وكثيرا ما يتخيلون صورا مرئية سلبية لكيفية استجابة الآخـرين لهـم Hirsch & Clark, 2004 . والقلق الناتج عن ذلك يعوق قدرتهم على الأداء الاجتماعي الجيد، مما يـؤدي إلى دخول هؤلاء الأفراد في دوائر مفرغة. فالفرد مثلا لا يهتم بالآخرين بالقـدر الكـافي، فيعتقـد الآخرون بالتالي أن ذلك الفرد لا يهتم بهم، مما يؤدي إلى اعتقاد الفرد في أن الآخـرين يسـيئون الحكم عليه وفي هذه الحالة يكون ذلك الإدراك صحيحا .



كيم باسنجر، الممثلة الحائزة على جائزة أوسكار عن فيلم التعايش، ذكرت أنها عانت اضطرابات الهلع مع الخوف من الأماكن المكشوفة، وكذلك الرهاب الاجتماعي

وهنـاك الكثـير مـن الأدلـة التـي تشـير إلى أن الأفـراد المصـابين بـالقلق الاجتماعـي تراودهم أفكار سلبية حول أدائهـم الاجتماعـي أكـثر مـن الأفـراد الآخـرين حتـى وإن لم يكونوا أقل براعة من غيرهم من الناحيـة الاجتماعيـة Stopa & Clark, 2000 . فنجـد مثلا في إحدى الدراسات قام الباحثون بتقييم عملية احمـرار الوجـه في الأفـراد المصـابين برهاب المجتمع وفي غيرهم. وطلـب البـاحثون مـن المشـاركين في الدراسـة تقيـيم مـدى

احمرار الوجه خلال أداء المهمة المختلفة، مثل غناء إحدى أغنيات الأطفال. ثم طلبوا منهم بعد ذلك القيام بتلك المهمم المختلفة، فوجدوا أن الأفراد المصابين بالقلق الاجتماعي كانوا يبالغون في تقدير مدى احمرار وجوههم Gerlach, Wilhelm, Gruber et al., 2001 . ومعنى ذلك أن المصابين بالقلق الاجتماعي قد يتبعون أسلوبا قاسيا وغير عادل في تقييم أدائهم. ونفس النتيجة وجدت إحدى الدراسات عندها سؤالها للأفراد ذوي اضطراب القلق الاجتماعي عن أدائهم في محادثة صغيرة الزمن. فوجد أن معدل مرضى اضطراب القلق الاجتماعي أكثر سلبيًا مقارنة بمعدلات الواقعية، في حين جاءت معدلات الأصحاء متفقة مع أدائهم Ashbaugh, Antony, McCabe et al., 2005 . فهؤلاء الأفراد ذوو اضطراب القلق الاجتماعي يكونون غير واقعيين وقاسين في تقييماتهم الذاتية.

كذلك هناك دليل أيضًا على أن اضطراب القلق الاجتماعي يرتبط مع التركيز على الهاديات الداخلية أكثر من الخارجية الاجتماعية . على سبيل المثال، الأفراد ذوو اضطراب القلق الاجتماعي يبذلون وقتا أكثر من الأصحاء في مراقبة إشارات الداخلية لقلقهم. ففي إحدى الدراسات، أعطي الباحثون فرصة للمفحوصين في مراقبة ضربات قلبهم من خلال شاشة كمبيوتر أو مشاهدة مادة تليفزيونية. وجد أن الأفراد ذوي اضطراب القلق الاجتماعي أكثر مراقبة لمعدل ضربات قلبهم مقارنة بالأصحاء Pineles & Mineka, 2005 .

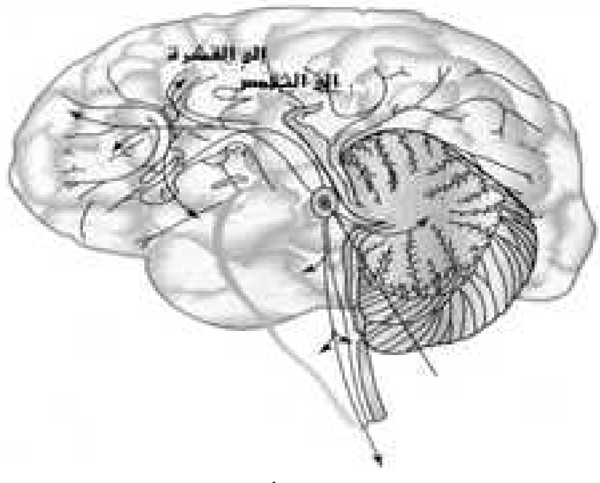
فكيف تتفق كل تلك المعلومات معا عند دراسة أحد الأفراد الذين يعانون القلق الاجتماعي مثل مورين التي تحدثنا عنها آنفا ؟ من المرجع أن تكون "مورين" قد ورثت النزوع إلى القلق عند مواجهة أفراد جدد. ولعل تلك النزعة كانت تمثل لها عائقا أثناء نموها يحرمها من فرصة اكتساب المهارات الاجتماعية والثقة بالنفس. والخوف من آراء الآخرين بالإضافة إلى الأفكار السلبية التي تراودها حول قدراتها الاجتماعية دفعاها إلى دائرة مفرغة: فالقلق الشديد الذي تشعر به يدفعها إلى تجنب المواقف الاجتماعية، ثم يؤدي ذلك التجنب إلى مزيد من القلق.

أسباب اضطراب الهلع Etiology of Panic Disorders

سوف نستعرض في هذا القسم من الكتاب التوجه الفكري حاليا فيما يتعلق بأسباب اضطراب الهلع من وجهات نظر عصبية وسلوكية ومعرفية. ومن المشوق أن نشير إلى أن كلا من وجهات النظر العصبية والسلوكية والمعرفية نركز على كيفية استجابة الأفراد للتغيرات الجسدية مثل تسارع ضربات القلب.

العوامل البيوعصبية:

لقد ركزت الدراسات العصبية الخاصة باضطراب الهلع على دور الموضع الأزرق في المخ locus ceruleus وعلى التجارب التي يتم خلالها إحداث نوبات الهلع انظر شكل 6-5 .



شكل 6-5 الموضع الأزرق

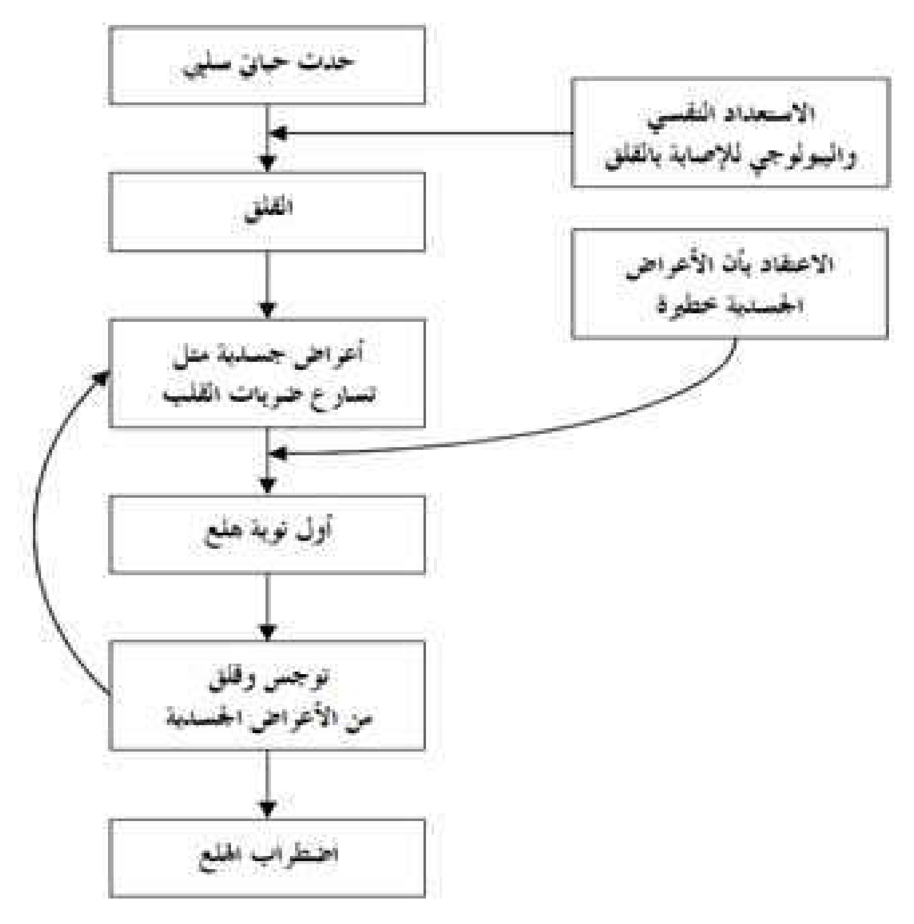
وسوف نبدأ بالحديث عن الأبحاث التي أجريت على الموضع الأزرق. ولتتذكر أن نوبة الهلع تشير إلى وجود خلل في دارة الخوف، بالإضافة إلى ما يصاحب ذلك من زيادة هائلة في نشاط الجهاز العصبي السيمبثاوي. وقد رأينا أن دارة الخوف تلعب دورا مهمًا في كثير من اضطرابات القلق. وسوف نرى الآن أن هناك جزءاً محدداً من دارة الخوف يبدو أن له دورا في غاية الأهمية في نوبات الهلع: وهو الموضع الأزرق. وأساس هذا الاعتقاد هو أن الموضع الأزرق هو المصدر الرئيس للناقل العصبي "نوربينفرين" norepinephrine في المخ، وهذا الناقل يلعب دورا رئيسا في استثارة نشاط الجهاز العصبي السيمبثاوي.

والنسانيس التي تتعرض للمثيرات المخيفة مثل الثعابين يظهر عندها مستويات عالية من النشاط في الموضع الأزرق. أضف إلى ذلك أنه عند استثارة نشاط الموضع الأزرق باستخدام إشارة كهربية يتصرف النسانيس، وكأنهم يعانون إحدى نوبات الهلع Redmond, 1977 . وفي البشر نجد أن العقاقير التي تزيد من نشاط الموضع الأزرق يمكن أن تحدث نوبات الهلع، والعقاقير التي تقلل النشاط في الموضع الأزرق - ومنها عقار كلونيدين clonidine وبعض مضادات الاكتئاب - تقلل من خطورة الإصابة بنوبات الهلع.

العوامل السلوكية: التشريط التقليدي

يركز المنظور السلوكي لأسباب اضطراب الهلع على التشريط التقليدي. وتشير تلك النظرية إلى أن نوبات الهلع يمكن أن تكون عبارة عن: ردود أفعال تعلمها الفرد من خلال التشريط التقليدي، ردود أفعال تجاه المواقف التي تتسبب القلق أو أحاسيس الاستثارة التي

تنشأ داخل الجسد Kenardy & Taylor, 1999 . وقد أطلق على التشريط التقليدي لنوبات الهلع كرد فعل تجاه الأحاسيس الداخلية اسم التشريط داخلي الاستقبال Interceptive Conditioning : فالفرد تظهر عليه علامات جسدية للقلق، ثم يلي ذلك إصابة الفرد بأول نوبة هلع، فتصبح نوبات الهلع بعد ذلك رد فعل مشروط للتغيرات الجسدية انظر شكل 6-6 . ويدعم هذا النموذج التقليدي للتشريط الدراسات التي أشار خلالها الأفراد المصابون باضطراب الهلع إلى أن القلق والأحاسيس الجسدية غالبا ما كانت تسبق نوبات الهلع . Bouton, Mineka, & Barlow, 2001

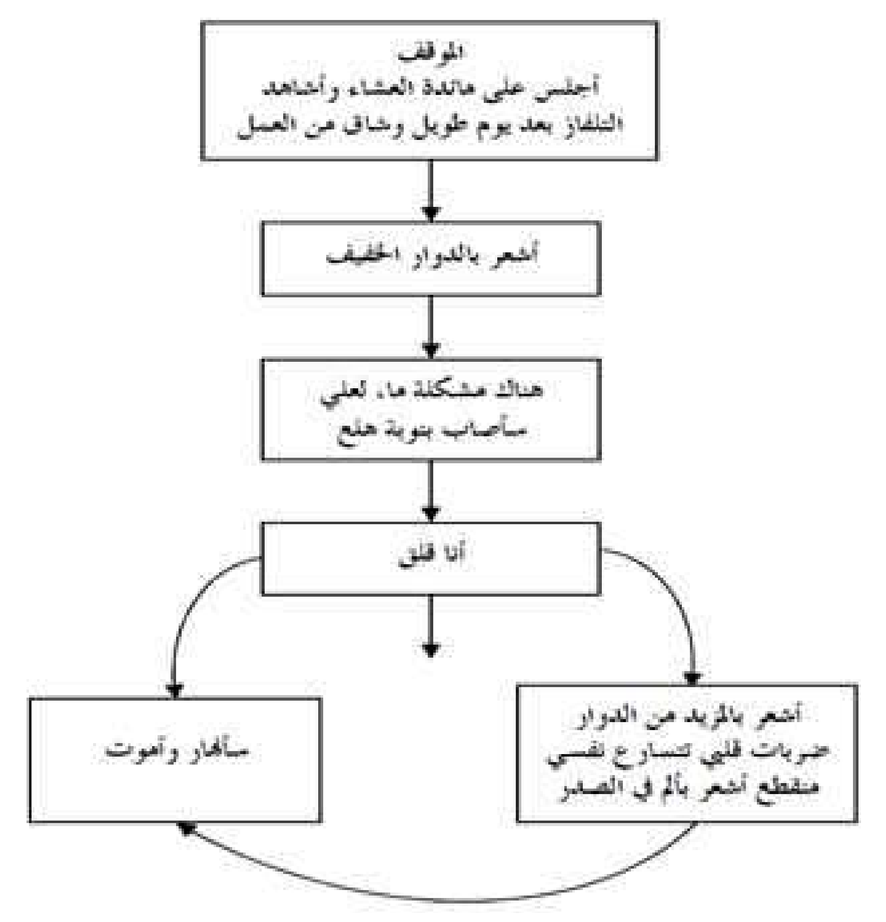


شكل 6-6: التشريط داخلي الاستقبال

العوامل المعرفية في اضطراب الهلع: يركز أحد المنظورات المعرفية الأخرى لأسباب اضطراب الهلع على التفسير الكارثي الخاطئ للأحاسيس الجسدية Clark, 1996 .

ونجد وفقا لهذا النموذج أن نوبات الهلع تنشأ عندما يخطئ الفرد في تفسير الأحاسيس الجسدية على أنها علامات على قرب الأجل انظر شكل 6-7 . فنجد مثلا أن الفرد يمكن أن يفسر الإحساس بزيادة معدل ضربات القلب على أنه علامة على أزمة قلبية وشيكة. ومن الواضح أن تلك الأفكار تؤدي إلى زيادة القلق، مما يؤدي إلى ظهور المزيد من الأحاسيس الجسدية، فيدخل الفرد في دائرة مفرغة.

شكل 6-7: مثال على التفسير الكارثي الخاطئ للعلامات الجسدية



وقد ركزت الدراسات على إثارة نوبات الهلع تجريبيًا لأكثر من 7 سنوات. حيث سعت هذه الدراسات لدعم فكرة أن الأفراد الذين يعانون نوبات الهلع يخشون بشكل مفرط

حدوث تغيرات جسدية - خاصة الناتجة من بعض الأدوية - لأنها قد تسبب نوبات الهلع بالفعل Swain, Koszycki, Shlik, & Bradwein, 2003 . حتى الأدوية التي لها تأثيرات سلبية فمن الممكن أن تتسبب في حدوث نوبات الهلع Lindemann & Finesinger, 1938 . كذلك ممارسة الرياضة وحدها - والاسترخاء على سبيل المثال - أو الأحاسيس الجسدية التي يسببها مرض مثل أمراض الأذن الداخلية يمكن أن تحدث نوبات الهلع Asmundson, Larsen, & Stein, 1998 . وخلال أحد الاختبارات المهمة لهذا النموذج تم تعريض الأفراد الذين يعانون تاريخا مرضيا من نوبات الهلع لهواء يحتوي على مستويات مرتفعة من ثاني أكسيد الكربون. وقبل استنشاق الهواء قام الباحثون بإعطاء بعض الأفراد شرحا مفصلا للأحاسيس الجسدية التي يحتمل أن يشعروا بها، ولم يتلق الأفراد الآخرون ذلك الشرح Barlow, 2004 . وبعد استنشاق الهواء كانت التفسيرات الكارثية للأحاسيس الجسدية عند الأفراد الذين تلقوا الشرح أقل منها عند الذين لم يتلقوا ذلك الشرح، كما قل احتمال الإصابة بنوبة الهلع عند المجموعة الأولى عنه عند المجموعة الثانية Rapee, Mattick, & Murrell, 1986 . إلا أن أحد الأسئلة الرئيسة هو هل يمكن اكتشاف النزعة الطبيعية نحو التفسيرات الكارثية قبل الإصابة باضطراب الهلع؟ لقد استخدم الكثير من الباحثين اختبارا يدعى مؤشر حساسية القلق Anxiety Sensitivity Index يقوم بقياس مدى استجابة الأفراد بالخوف من الأحاسيس الجسدية Telch, Shermis, & Lucas, 1989 . وفي إحدى الدراسات تم تقسيم عدد من طلبة الجامعة الذين ليس لهم تاريخ مرضي من نوبات الهلع إلى مجموعتين: مجموعة حصلت على درجات مرتفعة على مؤشر حساسية القلق ومجموعة أخرى حصلت على درجات منخفضة. وتم إخضاع جميع المشاركين للتجربتين. وفي واحدة منهما استنشق المشاركون في الدراسة هواء الحجرة العادي، وفي التجربة الثانية قاموا باستنشاق هواء يحتوي على تركيزات أكبر من المعتاد من ثاني أكسيد الكربون. وأخبر نصف المشاركين في كل من التجربتين أن ثاني أكسيد الكربون سوف يساعدهم على الاسترخاء، وأخبر النصف الآخر أن هذا الغاز سوف يؤدي إلى أعراض من الاستثارة الشديدة. لاحظ أن نوبات الهلع لم تظهر عند الأفراد الذين استنشقوا هواء الحجرة العادي. أما في حالة استنشاق مستويات متزايدة من ثاني أكسيد الكربون فكانت نوبات الهلع أكثر شيوعا بين الأفراد الذين كانوا يخافون من الأحاسيس الجسدية التي يشعرون بها وخاصة إذا لم يتوقعوا أن يؤدي استنشاق ثاني أكسيد الكربون إلى حدوث استثارة جسدية لديهم Margraf, Ehlers, & Roth, 1986 . وهذه النتيجة هي ما تنبأ به بالضبط هذا النموذج: أي أن الاستثارة الفسيولوجية غير واضحة الأسباب عند فرد يخاف من مثل تلك الأحاسيس الجسدية تؤدي إلى نوبات الهلع Telch & Harrington, 1992 .

وهناك دراسة أخرى تتعلق بهذه النظرية الخاصة بمؤشر حساسية القلق كمنبئ بنوبات الهلع، حيث قامت بمتابعة 1296 من مجندي القوات الجوية أثناء قيامهم بالتمرينات الأساسية وما تمثله لهم من خبرات ضاغطة Schmidt, Lerew & Jackson, 1999 . وكل من المشاركين في الدراسة قام بالإجابة على اختبار مؤشر حساسية القلق. وجاءت النتائج متفقة مع هذا النموذج، حيث إن الذين حصلوا على درجات عالية في هذا الاختبار أصيبوا بنوبات الهلع خلال التمرينات الأساسية.

أسباب اضطراب رهاب الأماكن المفتوحة Etiology of Agoraphobia Disorders

عُرف رهاب الأماكن المفتوحة كاضطراب مستقل في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الخامس، لذلك فهناك قلة واضحة في معرفة أسبابه. فمثل اضطرابات القلق الأخرى، يتطور اضطراب رهاب الأماكن المفتوحة للأسباب خاصة بالاستهداف الجيني، وأحداث الحياة Wittchen et al., 2010 . وهنا سنركز على النموذج المعرفي لتفسير هذه الأعراض.

العوامل المعرفية: وفرضية الخوف من الخوف Cognitive Factors: The Fear-of-Fear Hypothesis

النموذج المعرفي الرئيس لأسباب رهاب الأماكن المفتوحة هو فرضية الخوف من الخوف Fear-of-Fear Hypothesis Goldstein & Chambless, 1978 ، التي تشير إلى أن رهاب الأماكن المفتوحة ينتج عن الأفكار السلبية حول عواقب الإصابة بإحدى نوبات الهلع في الأماكن العامة. وهناك أدلة تشير إلى أن المصابين برهاب الأماكن المفتوحة يفكرون في الأماكن التي يمكن أن تحدث لهم فيها نوبة الهلع أو الأماكن التي إذا حدثت فيها نوبة الهلع سيكون لذلك عواقب وخيمة Clark, 1997 . ويبدو أن لديهم معتقدات كارثية تؤدي إلى قلقهم الذي يسبب نواتج اجتماعية غير مقبولة مثل "أنا سأصاب بالجنون" Chambless, Caputo, Bright, & Gallagher, 1984 .

أسباب اضطراب القلق العام Etiology of Generalized Anxiety Disorders

عادة ما يصاحب اضطراب القلق العام Generalized Anxiety Disorders GAD أنواع أخرى من اضطرابات القلق وكذلك الاكتئاب. ولان هذه الأمراض مشتركة بدرجة عالية، لذا يعتقد الباحثون أن الكثير من العوامل التي تنبئ بالإصابة باضطرابات القلق بصفة عامة تعد ذا أهمية خاصة في فهم طبيعة اضطراب القلق العام. فنجد مثلا أن حالات الخلل في وظيفة منظومة حمض جاما امينوبوتيرك GABA التي حالات الخلل تلعب دورا مهمًا في الإصابة بالكثير من اضطرابات القلق، كذلك في الإصابة باضطراب

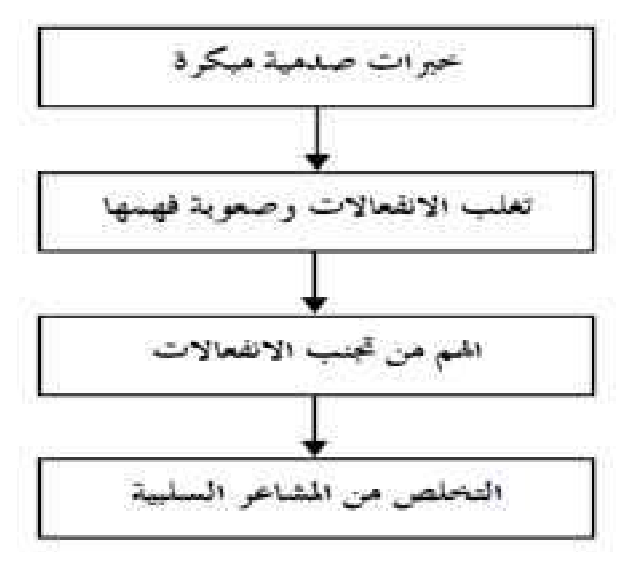
القلق العام Tihonen, Kuikka, Rosanen, et al., 1997 . وبخلاف عوامل الاستهداف هذه تركز أبحاث أخرى على العوامل المعرفية.

العوامل المعرفية: لماذا يصاب الأفراد بالهم؟

يمكن أن تساعد العوامل المعرفية في إجابة هذا السؤال: لماذا يصاب بعض الأفراد بالهم أكثر من غيرهم؟ إن "بوركوفيك" Borkovec وزملاؤه يركزون على العرض الرئيس لاضطراب القلق العام - وهو الهم - في نموذجهم المعرفي Borkovec & Newman, 1998 . ويبدو الهم بأنه غير سعيد للدرجة التي تجعلنا نتساءل: ما الذي يجعل فرداً ما يهتم إلى هذا الحد؟ لقد قام "بوركوفيك" وزملاؤه بتجميع بعض الأدلة التي تشير إلى أن الهم يعد في الواقع عاملا معززا لأنه يصرف انتباه الفرد عن انفعالات أخرى وصور تعد أكثر سلبية. والطريق إلى فهم هذا الرأي هو إدراك أن الهم لا يؤدي إلى ظهور صور مرئية قوية في ذهن الفرد ولا يؤدي إلى التغيرات الفسيولوجية التي عادة ما تصاحب الانفعالات. بل إن الهم يبدو أنه بالفعل يقلل من علامات الاستثارة الفسيولوجية النفسية Freeston, Dugas, & Ladoceur, 1996 . وبالتالي نجد أنه من خلال الهم يمكن لمرضى اضطراب القلق العام تجنب الانفعالات المكروهة التي يمكن أن تكون أقوى في تأثيرها من الهم ذاته. إلا أن نتيجة هذا التجنب هو أن القلق الدفين حيال تلك الصور لا يتبدد.

ولكن ما أنواع الصور المثيرة للقلق التي يتجنبها المصابون باضطراب القلق العام؟ والإجابة المرجحة على هذا السؤال نجدها في الدراسات التي أثبتت وجود معدلات كبيرة بين المصابين باضطراب القلق العام فيما يتعلق بالشعور بالصدمات الماضية من جديد، ومن بين هذه الصدمات: الموت، أو الإصابة، أو المرض Borkovec & Newman, 1988 . وفي إحدى الدراسات التي تتبعت أكثر من ألف مشارك تتراوح أعمارهم ما بين 3 حتى 32 سنة، وجد أن سوء العلاج يتنبأ بزيادة الاستهداف لتطور اضطراب القلق العام. ومن ثم فإن السبب هو أن الهم يصرف انتباه المصابين باضطراب القلق العام عن الكرب الناتج عن تذكر هذه الصدمات الماضية.

هناك أيضًا دليل مدعم لفكرة أن الأفراد ذوي اضطراب القلق العام ربما يتجنبون المشاعر. على سبيل المثال، الأفراد المشخصون باضطراب القلق العام سجلوا أن هناك صعوبة في فهم وتسمية مشاعرهم Mennin, Heimberg, Turk, & Fresco, 2002 . وفي تنظيم انفعالاتهم السلبية Boemer et al., 2009 . انظر شكل 6-8 لاستعراض كيفية إسهام هذه العمليات في حدوث الهم.



شكل 6-8: زيادة الهم لدي اضطراب القلق العام ربما يمثل محاولة لتجنب الانفعالات الشديدة

ملخص سريع:

تمثل العديد من عوامل الاستهداف مرحلة لاضطرابات القلق بوجه عام، أكثر من اضطراب القلق المحدد. فيعتمد النموذج السلوكي على نظرية "مورر" ثنائي العوامل التشريط الكلاسيكي والإجرائي معًا . وتزيد الجينات من خطر الإصابة باضطرابات القلق. فالبحوث العصبية البيولوجية تركز على النشاط المرتفع في دوائر الخوف في المخ. بالإضافة إلى أن اضطرابات القلق تشمل انخفاض وظيفة GABA والسيروتونين، وكذلك ارتفاع مستويات النورأدرينالين. أما سمات الشخصية والعصابية فهما مرتبطتان بتطور اضطرابات القلق. ومن خلال المنظور المعرفي، ترتبط اضطرابات القلق بالتوقعات السلبية عن المستقبل، وتكون هذه المعتقدات غير متحكم فيها. ويعكس الرهاب المحدد حالة الاستجابة لموقف صدمي. فالعديد من الأفراد سجلوا حدوث صدمات حياتية قبل تطور الرهاب المحدد، ولكن البعض لم يذكر ذلك، ربما لنسياهم هذه الأحداث. ويبدو اضطراب القلق الاجتماعي مرتبطًا بالتشريط والكبح السلوكي. وتسهم العوامل المعرفية في اضطراب القلق الاجتماعي من خلال تقييمات النقد الذاتي للأداء الاجتماعي، وميول التركيز على الأفكار والإحساسات الداخلية. أما البحوث العصبية البيولوجية فقد أظهرت أن نوبات الهلع ترتبط بارتفاع النشاط دوار الخوف الدوائر في المخ. ويركز المنظور المعرفي التفسيرات الكارثية للأعراض الجسدية. ويركز النموذج المعرفي لرهاب الأماكن المفتوحة على "الخوف من الخوف" أو المعتقدات السلبية عما سيحدث إذا أصيب بتوقعات

القلق. ويرتبط اضطراب القلق العام بمنظومة GABA، ويؤكد النموذج المعرفي أن الهم ربما يقي الأفراد من الصور الانفعالية المثيرة للقلق بشكل مكثف.

علاجات اضطرابات القلق Treatments of Anxiety Disorders

لا يسعي للعلاج سوى نسبة قليلة من الأفراد الذين يعانون اضطرابات القلق. بالرغم من زيادة حملات الوعي العام وشركات الدعاية لأدوية العلاج، وقد توصل المسح المجتمعي لعدد 5.877 إلي أن أقل من 20 في المائة من المصابين باضطرابات القلق تلقوا الحد الأدنى من العلاج المناسب Wang, Demler & Kessler, 2002 . والسبب الوحيد لعدم طلب العلاج قد يكون طبيعة الأعراض المزمنة؛ فالفرد الذي يعاني اضطرابات القلق قد يعتقد "أنا مجرد شخص حريص" ولا يدرك أن العلاج قد يساعده. حتى لو طلب الأفراد العلاج، تجدهم يزورون فقط طبيب العائلة.ووجد الباحثون أن أطباء العائلة أقل كفاءة من الأطباء النفسيين في وصف العلاجات Roy-Byrne, Katon, et al., 2001 .

السمات المشتركة بين العلاجات النفسية

هناك خصائص مشتركة تركز عليها العلاجات النفسية الفعالة لاضطرابات القلق وهي التعريض exposure: أي يواجه الفرد الشيء أو الموقف الذي يخافه بشده ولا يستطيع مواجهته. ويتفق جميع المعالجين النفسيين ذوى المنظورات المختلفة على أن الفرد لابد أن يواجه مصدر خوفه، أو كما يقول أحد الأقوال الصينية المأثورة القديمة: "اذهب مباشرة إلى قلب الخطر، حيث ستجد الأمان فيه". وبالرغم من أن التعريض يعد سمة جوهرية للكثير من العلاجات، نجد أن تلك العلاجات تختلف في طريقة استخدامها للتعريض. بل إن المحللين النفسيين الذي يرون أن المصادر اللاشعورية للقلق توجد في الماضي الدفين، وبالتالي يؤجلون المواجهة المباشرة، هؤلاء المحللون يحضون على التعريض Zane, 1984 . وبالرغم من أن التعرض هو أساس العلاجات المعرفية السلوكية، إلا أن هذه العلاجات تختلف في استراتيجيها.

ويمثل التحصين المنظم Systematic desensitization أول خطوة على نطاق واسع استخدمت علاج التعرض Wolpe, 1958 . وفي هذا العلاج، يتم تعليم العميل أولاً مهارات الاسترخاء. ثم يستخدم العميل هذه المهارات للاسترخاء حين يخضع للتعرض لقائمة المواقف المخيفة التي أعدها المعالج من المواقف الأقل شدة إلى الأكثر شدة. وبالرغم من أن هذه التقنية فعالة جدا، إلا أن الباحثين على ثقة بأن التعرض يحقق العلاج حتى وإن لم يتضمن المكون الاسترخائي Marks, Lovell, Noshirvani, et al., 1998 .

فهنـاك أكـثر مـن مائـة دراسـة عشـوائية محكمـة باسـتخدام العـلاج المعـرفي السـلوكي لاضطرابات القلق Norton & Price, 2007 ، ونصف هذه الدراسات تم مقارنتهـا بعلاجـات أخـرى مـن العـلاج الـنفسي Hofmann & Smits, 2008 . واستخلصـت هـذه المقارنـات أن العلاج المعرفي السلوكي يعمل بشكل فعال. ويُعد العلاج بالتعريض فعالا لـدى 70-90 في المائـة من العملاء.

فتأثيرات العلاج المعرفي السلوكي تبدو واضحة عندما يتم التقييم خلال فترة المتابعة التـي تصـل إلى سـتة شـهور بعـد العـلاج Hollon, Stewart, & Strunk, 2006 . ففـي السـنوات التالية للعلاج، بالرغم من خـبرة العديـد مـن الأفـراد بعـودة بعـض أعـراض القلـق Lipsitz, Mannuzza, Klein, et al., 1999 . فهناك عنصران أساسيان يبـدوان ضروريـين للحمايـة ضـد الانتكاس Craske & Mytkowski, 2006 . أولاً: ينبغي أن يتعرض المريض لأكبر عدد ممكـن من الأشياء أو المواقف التي يخـاف منهـا. عـلى سـبيل المثـال: فتعـرض الفـرد المصـاب برهـاب العنكبوت يجب أن يشتمل التركيز على شـعر السـاقين، وخـرزي العينـين، وغيرهـا مـن ملامـح العناكب. ثانيًا: ينبغي إجراء التعرض في العديد من سياقات مختلفة كلما أمكـن Bouton & Waddell, 2007 . مثال على ذلك، قد يكون من المهم تعرض الفرد إلى العنكبـوت في المكتـب، وأيضا في الخارج في الطبيعة.

يعمل المنظور السلوكي من خلال التعرض على إطفاء استجابة الخوف. فـالفكرة الأساسـية للعمـل تركـز عـلى كيفيـة تـأثير الإطفـاء في المسـتوى العصـبي البيولـوجي، وكيفيـة أن هـذه المعلومات المسـتخدمة تحسـن العـلاج بـالتعرض Craska, Krcanski, Zelikowsky, et al., 2008 . فهذا العمل يقترح أن الإطفاء لا يعمل مثل الممحـاة. فنأخـذ رهـاب الكلـب كمثـال، لا يمحي الإطفاء الخوف من الكلب تمامًا، فيزال الخوف الشرطي الموجـود بعمـق في المـخ. الأكـثر من ذلـك، أن الإطفـاء يشـمل "تعمـل ارتباطـات جديـدة للمنبهـات المرتبطـة بالكلـب". هـذه الارتباطات المتعلمة الجدية تكف عن تنشيط الخوف. لهذا فالإطفـاء يشـمل "تعمـل"، ولـيس "نسيان".

أقترح أيضًا التوجه المعرفي لعلاج التعرض. ووفقاً لهذه النظرة، فالتعرض يساعد الأفـراد عـلى تصحيح المعتقدات الخاطئة أنهم غـير قـادرين لمواجهـة المنبهـات. ففـي هـذه النظـرة، التعـرض يخفف الأعراض من خلال السماح للأفراد بإدراك عكس اعتقاداتهم، بـأنهم قـادرون عـلى تحمـل المنبهات السلبية بدون فقدان السـيطرة Foa & Meadows, 1997 . فالمنـاهج المعرفيـة لعـلاج اضطراب القلق تركز على تحدي: 1 معتقـدات الفـرد عـن احتماليـة النتـائج السـلبية إذا واجـه الموقف أو الشيء المثـير للقلـق. 2 التوقـع بأنـه لا يسـتطيع مواجهـة هـذا الموقـف. فالعلاجـات المعرفية المشتملة على التعـريض لمسـاعدة الأفـراد عـلى تعلـم أنهـم يسـتطيعون مواجهـة هـذه المواقف Deacon & Abramowitz, 2004 .

في بعض الأحيان تستخدم برامج الواقع الافتراضي virtual reality مع المواقف المثيرة للقلق مثل الطيران، والارتفاعات، وحتى التفاعلات الاجتماعية، فعلاج التعرض يستخدم الواقعية للتخفيف من اضطرابات القلق Parsons & Rizzo, 2008 . وكشفت نتائج تجارب العشوائية المحكمة عن أن التعرض للمواقف المثيرة للقلق تبدو فعالة كما هو يتم في الحياة الواقعية Emmelkamp, Krijn, Hulsboch, et al., 2002; Klinger, Bouchard, Legeron, et al., 2005; Rothbaum, Anderson, Zimand, et al., 2006 .



تستخدم تكنولوجيا الواقع الافتراضي لتسهيل التعرض للمنبهات المخيفة

بالإضافة إلى البرامج الحياتية الواقعية، تم تطوير سلسلة من البرامج الكمبيوترية كمرشد للعملاء في العلاج المعرفي السلوكي لاضطرابات القلق، وتم توصية عدة برامج كإطار عام مثل المنشورة من قبل الحكومة البريطانية Marks & Cavanagh, 2009 . فبرامج العلاج المعرفي السلوكي الكمبيوترية لاضطراب القلق الاجتماعي، واضطراب الهلع، واضطراب القلق العام حققت تأثيرات كبيرة عند مقارنتها بالظروف المحكمة، وهذه التأثيرات تبدو مستمرة عند إعادة تقييم العملاء لمدة ستة أشهر بعد الانتهاء من البرنامج Andrews et al., 2010 . وتبدو هذه البرامج أفضل تأثيرا عندما يكون هناك أقل تواصل بشري متاح Marks & Cavanagh, 2009 .

العلاجات النفسية لاضطرابات القلق المحددة:

الجزء التالي، سوف نعرض كيف صمم العلاج النفسي ليناسب اضطرابات القلق المحددة. وبالرغم من أن العلاج بالتعريض يستخدم مع كل اضطراب قلق على حدة، فكيف صمم ليلائم كل اضطراب؟

العلاج النفسي لاضطراب الرهاب:

طورت العديد من أنواع علاجات التعرض للرهاب، وتتضمن علاجات التعرض غالبًا التعرض الواقعي الحياة الواقعية للمواقف المخيفة. وينطوي الرهاب على الخوف من الحيوانات، أو الحقن، أو عمل الأسنان، فالعلاجات المختصرة المستمرة لمدة لا تستغرق سوى بضع ساعات تكون فعالة في تخفيف خبرة أعراض الرهاب. وبالرغم من

أن التحصين المنظم فعال Barlow, Raffa, & Cohen, 2002 ، فإن التعرض في الواقع أكثر فعالية من التحصين المنظم Choy, Fyer, & Lipsitz, 2007 .

العلاج النفسي لاضطراب القلق الاجتماعي:

ويتضح أيضًا أن التعريض يُعد علاجا فعالا لاضطراب القلق الاجتماعي، وغالبا ما تبدأ تلك العلاجات بلعب الأدوار أو ممارسة الأنشطة مع المعالج النفسي أو في مجموعات علاجية صغيرة قبل التعريض لمواقف اجتماعية أكثر توسعا وعامة Marks, 1995 . وعادة ما يتبدد القلق مع إطالة التعريض Hope, Heimberg, & Bruch, 1995 . ويمكن أن يساعد التدريب على المهارات الاجتماعية الأفراد المصابين بالقلق الاجتماعي، الذين لا يعرفون ما الذي يتوجب عليهم فعله أو قوله في المواقف الاجتماعية، كما يمكن للمعالج النفسي أثناء ذلك التدريب استخدام أسلوب النمذجة السلوكية بتوسع. ولتتذكر أن السلوكيات الوقائية - مثل تجنب النظر في عين الآخرين مباشرة - يعتقد أنها تعوق القضاء على القلق الاجتماعي Clark & Wells, 1995 . ومما يتفق مع تلك الفكرة أن تأثيرات العلاج بالتعريض تتزايد عند تعليم المصابين بالقلق الاجتماعي التوقف عن استخدام السلوكيات الوقائية Kim, 2005 . أي أن المعالج النفسي لا يطلب فقط من الشخص الانخراط في الأنشطة الاجتماعية، وإنما يطلب منه أيضا أن يقوم أثناء ذلك بالنظر مباشرة في أعين الآخرين، والاشتراك في المحادثات والحضور التام. فأداء هذا يؤدي إلى تحسين قوة العلاج بالتعريض Taylor & Alden, 2011 .

وقد طور "ديفيد كلارك" 1997 نسخة من العلاج المعرفي لاضطراب القلق الاجتماعي التي تمتد مع علاجات أخرى من خلال طريقتين. يساعد المعالج الأفراد على تعلم عدم التركيز على انتباههم داخليا. كما يساعدهم أيضًا المعالج على طرح أفكارهم السلبية عن الكيفية التي سوف يتعامل بها الآخرون معهم. واتضح أن هذا العلاج المعرفي أكثر فعالية من عقار الفلوكسيتين fluoxetine Clark, Ehlers, McManus, et al., 2003 أو علاج التعرض مع الاسترخاء Clark et al., 2006 .

العلاج النفسي لاضطراب الهلع:

تم تطوير العلاج السيكودينامي لاضطراب الهلع. ينطوي على العلاج 24 جلسة ركزت على تحديد المشاعر والمعاني المرتبطة بنوبات الهلع. حيث يساعد المعالجين العملاء على الاستبصار بمناطق يعتقد أنها تتعلق بنوبات الهلع، مثل القضايا المحيطة، الانفصال، الغضب، الحكم الذاتي. وفي إحدى التجارب العشوائية المضبطة، حقق المرضى الذين تلقوا العلاج الديناميكي مزيدا من تخفيف الأعراض مقارنة بالمرضى في المجموعة الضابطة الذين خضعوا للتدريب على الاسترخاء Milrod, Leon, Busch, et al., 2007 . في تجربة منفصلة، ارتبط العلاج السيكودينامي لعلاج اضطراب بانخفاض معدلات الانتكاس، عند

إضافته باعتباره علاجاً تكميلياً مضاداً للاكتئاب Wiborg & Dahl, 1996 . وهناك حاجة إلى مزيد من الأبحاث، وذلك لأن كلا من هاتين الدراستين كانت صغيرة.

تحدثنا بالفعل عن العلاجات السلوكية للرهاب، كذلك تركز العلاجات السلوكية المعرفية لاضطراب الهلع على التعريض White & Barlow, 2004 . ومن بين الأساليب العلاجية التي ثبتت فعاليتها ما يسمى بعلاج التحكم في الهلع Panic Control Therapy وهو يعتمد على ميل مرضى اضطراب الهلع إلى المبالغة في رد الفعل تجاه الأحاسيس الجسدية كما ناقشنا من قبل Craske & Barlow, 2001 . ففي علاج التحكم في الهلع يستخدم المعالج النفسي أساليب التعريض، أي أنه يقنع المريض بأن يقوم عن عمد باستثارة الأحاسيس الجسدية المرتبطة بالهلع. فنجد مثلا أن الشخص الذي تبدأ نوبات الهلع عنده بزيادة مفرطة في معدل التنفس يطلب منه أن يتنفس بسرعة لمدة ثلاث دقائق، والشخص الذي ترتبط نوبات الهلع عنده بالدوار يمكن أن يطلب منه المعالج النفسي الدوران في كرسي دوار لعدة دقائق. وعندما يبدأ الشخص في الشعور بالأحاسيس الجسدية مثل الدوار وجفاف الفم والدوخة وزيادة معدل ضربات القلب وغيرها من علامات الهلع يكون في ظروف آمنة، كما أن الشخص يستخدم أساليب التوافق التي تعلمها من قبل مثل التنفس من الحجاب الحاجز لتجنب الزيادة المفرطة في سرعة التنفس . ومع التدريب والتشجيع الذي يتلقاه المريض من المعالج النفسي يتعلم المريض عدم النظر إلى الأحاسيس الجسدية الداخلية على أنها علامات على السيطرة فقط ، وأن يراها بدلا من ذلك على أنها أحاسيس غير مؤذية بطبيعتها يمكن السيطرة عليها. وعندما يصبح الشخص قادرا على إحداث تلك الأحاسيس الجسدية عمدا ثم التوافق معها، فإنها تصبح أكثر قابلية للتوقع وأقل تخويفا Craske, Maidenberg, & Bystrisky, 1995 .

وفي نسخة أخرى للعلاج المعرفي لاضطراب الهلع Clark, 1996 ؛ يركز المعالج على مساعدة الشخص في التعرف على الأفكار التي يمكن أن تجعل الأحاسيس الجسدية خطيرة انظر شكل 6-7 للاطلاع على أفكار أحد المرضى . ثم يقوم المعالج بعد ذلك بمساعدة المريض على التخلص من تلك الأفكار. فنجد مثلا أنه إذا كان المصاب باضطراب الهلع يتخيل أنه سوف ينهار، يمكن أن يساعد المعالج النفسي هذا الشخص على فحص الأدلة التي تؤيد ذلك الاعتقاد، وعلى أن يتخيل صورة مختلفة لعواقب نوبة الهلع. وقد اتضح أن هذا العلاج له تأثير جيد في سبع دراسات بحثية على الأقل، وكانت هناك أدلة محددة على أن هذا النوع من العلاج يساعد المريض أكثر من الاسترخاء أو التعرض، وأنه لا يخفق في العلاج سوى عدد محدود جدا من المرضى Clark et al., 1996 .

العلاج النفسي لاضطراب رهاب الأماكن المفتوحة:

العلاجات المعرفية السلوكية لرهاب الأماكن المفتوحة يركز أيضًا على التعريض بوجه خاص، خاصة التعريض المنتظم للمواقف موضع الخوف. فعلاج التعريض لرهاب الأماكن أكثر فعالية عند اشتراك شريك الحياة فيه Cerny, Barlow, Caske, & Himadi, 1987 . فالشريك غير المصاب برهاب الأماكن المفتوحة يشجع الزوج أو الزوجة المصابة بهذا الرهاب على تناول الطعام في مطاعم لتجنب الجلوس في المنزل. وهناك أيضًا علاج إرشاد ذاتي لهؤلاء المرضى من ذوي رهاب الأماكن المفتوحة، حيث يستخدمون كتيبا لعلاج التعرض خطوة بخطوة Ghosh & Marks, 1987 .

العلاج النفسي لاضطراب القلق العام:

اختبرت أغلب علاجات اضطراب القلق العام بما في ذلك المكونات السلوكية أو المعرفية Roemer, Orsillo, & Barlow, 2004 . ومن أكثر الأساليب السلوكية البارزة في علاج اضطراب القلق العام نجد التدريب على الاسترخاء للمحافظة على الهدوء DeRubeis & Crits-Cristoph, 1998 . فأساليب الاسترخاء تتضمن استرخاء مجموعات العضلات واحدة تلو الأخرى أو توليد صور ذهنية تساعد على الاسترخاء. وأحد أشكال العلاج المعرفي يتضمن استراتيجيات مساعدة الأفراد على تحمل الشك، حيث يبدو أن المصابين باضطراب القلق العام يعانون الكرب بسبب الشك أكثر من غير المصابين بهذا الاضطراب Ladoceur et al., 2000 . وهذا العلاج يبدو أكثر فعالية مقارنة بعلاج الاسترخاء لوحده Dugas, Brillon, Savard, et al., 2010 . حيث قام "بوركوفيك" وزملاؤه بتصميم استراتيجيات معرفية سلوكية هدفها هو الهم، مثل سؤال الأفراد عن الهم أوقات جدولية، ومحاولة الأفراد معرفة هل الهم "ذو فائدة" أم لا من خلال كتابة ملاحظات يومية عن نتائج الهم، وتركيز الأفراد على اللحظة الراهنة بدلا من الهم، ومساعدتهم على مواجهة المخاوف الأساسية التي قد يتجنبونها من خلال الهم Borkovec, Alcaine, & Behar, 2004 .

الملخص السريع:

يركز العلاج النفسي غالبا على علاج التعرض لاضطرابات القلق. فالعلاجات المعرفية تتضمن عنصرى التعرض، بالإضافة إلى مجموعة محددة من التدخلات لتحدي المعتقدات السلبية حول ما سيحدث عندما يواجه الأفراد مخاوفهم.

وللرهاب المحدد، تستطيع علاجات التعرض العمل بشكل سريع. فاضطراب القلق الاجتماعي، تركز الاستراتيجيات المعرفية على تعليم الفرد عدم التركيز على الأفكار والإحساسات الداخلية، بالإضافة إلى علاج التعرض. والعلاجات الأكثر فعالية لاضطراب

الهلع تشمل التعـرض للأحاسـيس الجسـدية، جنبا إلى جنـب مـع بعـض التكنيكـات المعرفيـة لتحدي التفسيرات الخاطئة الكارثية لهذه الأعراض. أما علاج التعرض لرهاب الأماكن المفتوحـة فربما يشمل إشراك الأزواج. ويشمل العلاج المعرفي السـلوكي لاضـطراب القلـق العـام التـدريب على الاسترخاء، واستراتيجيات تساعد الأفراد على تحمل الشك، وتواجه أساس المخاوف، وكـذلك استراتيجيات محددة لمواجهة الميول نحو الهم.

الأدوية التي تخفض القلق:

وتسمى الأدوية التي تخفـف مـن حـدة القلـق بالمهـدئات sedatives، أو المهـدئات الصـغرى minor tranquilizers، أو مـزيلات القلـق anxiolytics وتشـير الكلمـة اليويانيـة lytic إلى "يرخـي أو يبـدد" . وهناك نوعان شائعان من الأدوية يستخدمان في عـلاج اضطرابات القلق: البنزوديازيبينات benzodiazephines مثـــل: valium، zanax ، ومضـــادات الاكتئـــاب antidepressants التي تشمل مضادات الاكتئاب ثلاثيـة الحلقـات tricyclic ومثبطـات اسـترجاع السـيروتونين الانتقائيـــة selective serotonine reuptake inhibitors SSRIs Hoffman & Mathew, 2008 . وقد أكدت مئات الدراسـات أن أدويـة البنزوديازيبينـات ومضادات الاكتئاب أكثر فائدة مقارنـة بـالعلاج الـوهمي البلاسيبو لاضطرابات القلق ;Kapczinski et al., 2002 Roemer et al., 2004; Stein, Ipser, & Seedat, 2000; Stein, Ipser & Balkom, 2004 . بالإضافة إلى هذه الأدوية التي تبدو مساعدة لاضـطرابات القلق، فهناك أيضًا بعض الأدوية الأكثر فعالية مع اضطرابات القلق المحددة. على سبيل المثال، حصل دواء بوسبيرون buspirone على موافقة من هيئة الدواء والغذاء كعلاج فعال لاضطراب القلق العام Hoffman & Mathew, 2008 .



شخصت "باربرا سترايسند" باضطراب القلق الاجتماعي، وتتناول الأدوية تخفيف القلق لتستطيع أداء عملها

ولما كانت هناك العديد من الأدوية المختلفة التي تساعد في تخفيف حدة أعراض القلـق. فكيـف يمكـن تحديـد أيهـما أفضـل للاسـتخدام؟ بوجـه عـام، يفضـل مضـادات الاكتئـاب عـن البنزوديازيبينات، وذلك بسبب أن خبرة أعراض الانسحاب تكون شديدة عند توقـف اسـتخدام البنزوديازيبينـات Schweizer, Rickels, Case, & Greenblatt, 1990 ؛ لأنهـا قـد تصـل إلى حد الإدمان.

بالإضافة إلى ذلك، يعتمد اختيار تلك الأدوية على الآثار الجانبية التي تسببها. فكل مزيلات القلق لها آثار جانبية. ويعبر الكثير من الأفراد عن دهشتهم من حجم الآثار الجانبية، ويتمنون لو كانوا يعلمون أكثر عن تلك الآثار المتوقعة Haslam, Brown, Atkinson, et al., 2004 . فنجد مثلا أن البنزوديازيبينات يمكن أن تسبب آثارًا جانبية معرفية وحركية شديدة، مثل أخطاء التذكر وصعوبة قيادة السيارة. أما مضادات الاكتئاب فآثارها الجانبية أقل مقارنة بالبنزوديازيبينات. وبالرغم من ذلك نجد أن حوالي نصف من يتناولون مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات يتوقفون عن تناولها بسبب بعض الآثار الجانبية مثل العصبية، وزيادة الوزن، وزيادة معدل ضربات القلب، وارتفاع ضغط الدم Taylor, Hayward, King, et al., 1990 . وبالمقارنة بين مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات ومثبطات استرجاع السيروتونين الانتقائية Selective Serotonine Reuptake Inhibitors SSRIs نجد أنها أقل آثار جانبية، مما يجعلها العلاج الأول لأغلب اضطرابات القلق. وبالرغم من ذلك، يعاني بعض الأفراد أعراضا جانبية من مثبطات استرجاع السيروتونين الانتقائية، مثل التململ، والأرق، وضعف الأداء الجنسي Bandelow, Zohar, Hollander, et al., 2008 . وهذا قد يؤدي إلى توقف الأفراد عن تناول مزيلات القلق لما لها من آثار جانبية.

وهذا يقودنا إلى المشكلة الرئيسة، وهي أن معظم الأفراد يصابون بانتكاسة بمجرد التوقف عن أخذ الأدوية Herbert, 1995 . والسبب في ذلك أن هذه الأدوية لا تكون فعالة إلا خلال وقت اتخاذها. ومن ثم يعتبر كل من علاجات التعرض، والعلاجات النفسية من العلاجات المفضلة والمكملة لعلاج معظم اضطرابات القلق Foa et al., 2005; Keane & Barlow, 2004; Kozak, Liebowitz, & Foa, 2000; McDonough & Kennedy, 2002 . باستثناء اضطراب القلق العام Mitte, 2005 .

الجمع بين العقاقير والعلاج النفسي

نجد بصفة عامة أن استخدام مزيلات القلق إلى جانب العلاج بالتعريض يؤدي في الواقع إلى نتائج أسوأ من استخدام التعريض دون تلك العقاقير، ولعل السبب في ذلك يرجع إلى أن الأفراد لا يحظون بنفس الفرصة في مواجهة مخاوفهم Hollon et al., 2006 . والاحتمال الممكن في حالة علاج اضطراب القلق الاجتماعي، هو ما توصلت إليه الدراسة من أن الجمع بين علاج مزيلات القلق مع العلاج المعرفي السلوكي للتعرض يحققون نتائج مرتفعة مقارنة بمزيلات القلق أو العلاج المعرفي السلوكي للتعرض، كل منهما بمفرده Blanco, Heimberg, Schneier, et al., 2010 . ففي أغلب اضطرابات القلق، يُعد إضافة مزيلات القلق للعلاج النفسي غير مفيد.

دواء ديسيكلوسيرين D-Cycloserine DCS وهو نوع مختلف من الأدوية لتحسين التعلم. فقد قام الباحثون بفحص فعالية هذا الدواء كوسيلة لتعزيز علاج التعرض Ressler et al., 2004 . ففي إحدى الدراسات، تم علاج 28 مريضا برهاب المرتفعات الخوف من المرتفعات باستخدام جلستين من التعريض للمرتفعات باستخدام جهاز الواقع الافتراضي. وتم إعطاء نصف المرضى عشوائيا دواء ديسيكلوسيرين أثناء خضوعهم لجلسات التعريض؛ أما النصف الآخر من المرضى فقد تلقوا علاجا وهميا. وفي نهاية فترة العلاج وبعد مرور ثلاثة أشهر قل خوف المرضى الذين تلقوا دواء ديسيكلوسيرين من المرتفعات مقارنة بالمرضى الذين لم يأخذوا هذا الدواء. وبالمثل وجد أن تناول دواء ديسيكلوسيرين يحسن تأثيرات علاج التعريض لدى مرضى القلق الاجتماعي Guastella, Richardson, Lovibond, et al., 2008; Hofmann, Meuret, Smits, et al., 2006 . ومرضى الهلع Otto, Tolin, Simon, et al., 2010 . ولهذا فإن تناول الدواء الذي يحسن من التعلم، يمكن أن يجعل الأفراد يستجيبون بشكل أسرع للعلاج النفسي الذي يعتمد على مبادئ التشريط.

الملخص:

الوصف السريري لاضطرابات القلق:

- مجموعة اضطرابات القلق هي الأكثر شيوعا في الاضطرابات النفسية.
- ميز الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية خمسة تشخيصات للقلق الرئيس: اضطراب الرهاب المحدد، واضطراب القلق الاجتماعي، واضطراب الهلع، واضطراب رهاب الأماكن المفتوحة، واضطراب القلق العام. فالقلق هو الشائع بين كل اضطرابات القلق، بينما الخوف هو السمة الشائعة أيضًا بين اضطرابات القلق مقارنة باضطراب القلق العام.
- اضطراب الرهاب هو مخاوف غير منطقية تتداخل مع الأداء، ويشمل الرهاب المحدد عادة الخوف من الحيوانات، والمرتفعات، والمساحات المغلقة، والدم، والإصابة، والحقن.
- ويعرف اضطراب القلق الاجتماعي بأنه الخوف الشديد من تدقيق الآخرين فيه.
- أما اضطراب الهلع فهو نوبات متكررة من الخوف الشديد الذي يحدث فجأة. نوبات الهلع وحدها ليست كافية للتشخيص؛ يجب أن يكون الشخص قلقا بشأن احتمال وجود نوبات أخرى.
- ويعرف الرهاب من الأماكن المفتوحة بالخوف وتجنب التواجد في الأماكن التي من الصعب الهروب منها إذا حدثت أعراض الهلع.

- في اضطراب القلق العام، يشعر الفرد بالتوتر والخوف لمدة تستمر على الأقل ستة أشهر.

النوع والعوامل الاجتماعية الثقافية في اضطرابات القلق:

- اضطرابات القلق هي أكثر شيوعا بين الإناث مقارنة بالذكور.
- التركيز على القلق، وانتشار اضطرابات القلق، والأعراض الخاصة به تتشكل في ضوء الثقافة.

أسباب اضطرابات القلق المحدد:

- النماذج السلوكية للرهاب المحدد تبني على نموذج العاملين للتشريط. ويقترح النموذج بأن الاستعداد التطوري يحدث تشريطا بين الخوف ومواقف أو أشياء أخرى.
- النماذج العصبية الحيوية تشير إلى وجود مناطق في المخ هي المسئولة عن إفراز النورادرينالين المثير للقلق.
- النظريات المعرفية ترى أن مثل هذه الأحاسيس تثير الخوف بسبب سوء فهم كارثي للأعراض الجسدية.

العلاج النفسي لاضطرابات القلق:

- يركز المعالجون السلوكيون على التعرض لما يخافه المريض. وكذلك التحصين المنظم والنمذجة يستخدمان كجزء من علاج التعرض.
- علاج اضطراب رهاب المحدد بالتعرض يميل إلى العمل بسرعة وبشكل جيد.
- إضافة مكونات معرفية لعلاج التعريض يساعد في علاج اضطراب القلق الاجتماعي.
- علاج اضطراب الهلع عادة يشمل التعرض للتغيرات الفسيولوجية.
- علاج اضطراب الرهاب من الأماكن المفتوحة يزداد تحسنه بإدراج الأزواج في العملية العلاجية.
- الاسترخاء ومناحي المعرفية السلوكية تساعد في علاج اضطراب القلق العام.

الأدوية لتخفيف أعراض القلق:

- مضادات الاكتئاب والبنزوديازيبينات هي الأكثر استخداما كأدوية لاضطرابات القلق. وهناك بعض المخاوف من أن البنزوديازيبينات قد تسبب إدمانا.
- الإيقاف للأدوية عادة ما يؤدي إلى الانتكاس. لهذا السبب، تعتبر العلاجات المعرفية والسلوكية أكثر فائدة من الدواء لعلاج معظم اضطرابات القلق.
- أحد المناحي الجديدة تناول دواء ديسيكلوسيرين أثناء علاج التعرض.

7

الفصل السابع
الوسواس القهري والصدمة
والاضطرابات المرتبطة بهما

الفصل السابع
الوسواس القهري والصدمة والاضطرابات المرتبطة بهما
ترجمة

د/ ملك جاسم الرشيد

الأهداف التعليمية ... أن تكون قادرًا على:

1- تعريف أعراض وانتشار الوسواس القهري والاضطرابات المرتبطة به، والاضطرابات المرتبطة بالصدمة.
2- وصف القواسم المشتركة في أسباب الوسواس القهري والاضطرابات المرتبطة به، وكذلك العوامل التي تشكل التعبير عن الاضطرابات المحددة.
3- تلخيص كيف تسهم طبيعة وشدة الصدمة، وكذلك عوامل الخطر البيولوجية والنفسية في تطور الاضطرابات المرتبطة بالصدمة.
4- وصف العلاج الطبي، والعلاج النفسي للاضطرابات المرتبطة بالوسواس القهري، وبالصدمة.

الحالة الإكلينيكية "برنيس" Bernice

"برنيس" سيدة كانت تبلغ من العمر 46 عاما، جاءت أربع مرات للعلاج بالعيادة الخارجية، وسبق محاولتها دخول المستشفى مرتين للعلاج. وقد بدأت تعاني اضطراب الوسواس القهري منذ 12 سنة، عقب وفاة والدها بفترة قصيرة، ومنذ ذلك التاريخ ضعفت أعراضها وتضاءلت ولكنها اشتدت في الوقت الحالي عن أي وقت مضى.

كانت "برنيس" موسوسة خائفة من التلوث، وقد نمته بعد وفاة والدها من الالتهاب الرئوي الذي ربطته بالجراثيم ، ورغم أنها أوردت أنها كانت خائفة من كل شيء تقريبا بسبب تواجد الجراثيم في كل مكان إلا أنها كانت خائفة على وجه الخصوص من ملامسة الخشب والأشياء الخادشة مثل البريد، والمعلبات، والفضة على بطاقة التهنئة، وشنبر النظارة، والأدوات اللامعة، والفضيات. وكانت غير قادرة على تحديد لماذا هذه الأشياء تحديدا تعد مصادر للتلوث المحتمل.

وفي محاولة للحد من عدم راحتها شاركت "برنيس" في طقوس إجبارية متنوعة استحوذت على معظم ساعات يقظتها. ففي الصباح، حيث كانت تقضي من 3 إلى 4 ساعات في الحمام للاغتسال، وإعادة اغتسال جسدها، وقبل كل مرة تغتسل فيها كانت تحك الطبقة الخارجية لصابونتها حتى تكون خالية من الجراثيم، واستغرقت أوقات الطعام ساعات بسبب الطقوس التي صممتها لإزالة التلوث من طعامها، فمثلا كانت تأكل ثلاث قضمات من الطعام مرة واحدة، وكانت تمضغ ملء فمها 300 مرة، واستحوذت طقوسها

على حياتها، ولم تفعل أي شيء آخر. وبسبب خوفها من التلوث لم تغادر المنزل، ولم تستطع أداء الأعمال المنزلية أو حتى التحدث في الهاتف.

في هذا الفصل قمنا بدراسة الاضطرابات المرتبطة بالوسواس القهري، والاضطرابات المرتبطة بالصدمة. فالاضطرابات المرتبطة بالوسواس القهري تعرف بأفكار وسلوكيات تكرارية شديدة التطرف لدرجة أنها تتداخل في الحياة اليومية. أما الاضطرابات المرتبطة بالصدمة فتشمل اضطراب كرب ما بعد الصدمة، واضطراب الكرب الحاد، وهما حالتان تحدثان بفعل التعرض لحالات صدمية شديدة.

اضطراب الوسواس القهري والاضطرابات المرتبطة بالصدمة تم إدراجها في الفصل الخاص باضطرابات القلق في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الرابع المعدل DSM-IV-TR. وكما سنرى فإن الأفراد الذين يعانون هذه الاضطرابات يشعرون بقلق، كما أنهم يتعرضون كثيرا لاضطرابات قلق أخرى Brakoulias, Starcevic, Sammut, et al. 2011 . يسهم فيها كثير من عوامل الخطر وتتداخل فيها أيضا كثير من طرق العلاج، ويضاف إلى ذلك أيضا أن هذه الاضطرابات لها عدة أسباب مميزة مقارنة باضطرابات القلق الأخرى، ولإبراز هذه الفروق قام مؤلفو الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الخامس DSM-5 بإنشاء فصول جديدة للوسواس القهري والاضطرابات المرتبطة به، وللاضطرابات المرتبطة بالصدمة Phillips, Stein, Rauch, et al., 2010 . ولقد وضعوا هذه الفصول بعد الفصل الخاص باضطراب القلق، وذلك لإيضاح أنه يوجد بعض التداخل مع اضطرابات القلق، وبالاطلاع على هذه الاضطرابات فإنه من المهم مراعاة ما يتشابه مع التشخيصات الموصوفة في الفصل الخاص باضطرابات القلق.

الوسواس القهري والاضطرابات المرتبطة به

Obsessive-Compressive and Related Disorders

في هذا القسم سنركز على ثلاثة اضطرابات هي : اضطراب الوسواس القهري OCD Obsessive-Compressive Disorder ، واضطراب تشوه الجسم Body Dysmorphic Disorder، واضطراب الاكتناز Hoarding Disorder انظر جدول 7-1 . اضطراب الوسواس القهري هو نموذج أولي في هذه السلسلة العنقودية يعرف بأفكار وإلحاحات وساوس متكررة، وكذلك حاجة لا تقاوم للاشتراك في سلوكيات متكررة أو أفعال عقلية أفعال قهرية . واضطراب تشوه الجسم واضطراب الاكتناز يشتركون في أعراض لأفكار وسلوكيات متكررة. والمصابون بتشوه الجسم يقضون ساعات كل يوم يفكرون في مظهرهم. ويشترك الجميع في سلوكيات قهرية مثل تفحص مظهرهم في

المرآة، والمصابون باضطراب الاكتناز يقضون وقتا طويلا يفكرون بصورة متكررة فيما يكنزونه حاليا وفي المستقبل. كما يشاركون في جهود مكثفة لاكتساب أشياء جديدة، وهذه الجهود تشبه الأفعال القهرية التي شوهدت في اضطراب الوسواس القهري. وفي جميع الحالات الثلاث فإن الأفكار والسلوكيات المتكررة محزنة وشعور لا يمكن السيطرة عليه، ويتطلب قدرا كبيرا من الوقت، والفرد الذي يعاني هذه الحالات يكون لديه شعور لا يتوقف بتلك الأفكار والسلوكيات.

ووراء هذه التشابهات في الأعراض فإن هذه المتلازمات تحدث معا غالبا، فمثلا حوالي ثلث المصابين بتشوه الجسم يتوفر لديهم المعايير التشخيصية للوسواس القهري أثناء فترة حياتهم، وبالمثل فإن ربع المصابين باضطراب الاكتناز يتوفر لديهم المعايير التشخيصية للوسواس القهري. وكما سنرى هناك الكثير من التشابهات في أسباب وعلاج هذه الحالات الثلاث Phillips, Stein et al., 2010 .

وسوف نراجع الخصائص الإكلينيكية لوبائيات هذه الاضطرابات الثلاثة، ثم سنقوم بوصف البحوث في مسبباتها، ونختم هذا القسم بمناقشة طرق العلاج البيولوجية والنفسية للوسواس القهري والاضطرابات المرتبطة به.

جدول 7-1 تشخيصات الوسواس القهري والاضطرابات المرتبطة به

تشخيصات الدليل الخامس DSM-5	الخصائص الرئيسة	مكانه في الدليل الرابع المعدل DSM-IV-TR
اضطراب الوسواس القهري	- أفكار أو إلحاحات وساوس متكررة واقتحامية لا يمكن السيطرة عليها. - سلوكيات أو أفعال عقلية متكررة يشعر الفرد بأنه مجبر على أدائها أفعال قهرية .	فصل اضطرابات القلق
اضطراب تشوه الجسم	- انشغال شديد بالتدفق الخيالي لمظهر الفرد. - سلوكيات أو أفعال تكرارية متكاثرة بخصوص الجسد مثل فحص المظهر وسعي لإعادة الطمأنينة .	فصل الاضطرابات المرتبطة بالأعراض الجسدية
اضطراب الاكتناز	- اقتناء عدد متزايد من الأشياء. - عدم القدرة على المشاركة مع تلك الأشياء.	تشخيص جديد في الدليل الخامس DSM-5

التوصيفات الإكلينيكية ووبائيات الوسواس القهري والاضطرابات المرتبطة به:

طبقا لما ذكر فإن الوسواس القهري والاضطرابات المرتبطة به تشترك جميعا في نوعية من الأفكار التكرارية، علاوة على إلحاحات لا يمكن مقاومتها على نحو متكرر في سلوك أو أداء عقلي ما. وكما سنرى لاحقا فإن الأفكار والسلوك يأخذان شكلا مختلفا خلال الحالات الثلاث.



الأفراد ذوو اضطراب الوسواس القهري يشعرون بمخاوف من التلوث مما يؤدي إلى غسل اليدين بشكل متكرر وغير طبيعي

اضطراب الوسواس القهري -Obsessive Compressive Disorder: يتميز اضطراب الوسواس القهري بوساوس أو أفعال قهرية، وبطبيعة الحال فإن كثيرا منا ينتابه أفكار غير مطلوبة من وقت لآخر، مثل جلجلة أحد الإعلانات التي تلتصق بذهننا. كما أن كثيرا منا تنتابه إلحاحات بين الحين والآخر لتصريفها بطرق مربكة أو خطرة، ولكن القليل منا تنتابه أفكار أو إلحاحات راسخة ومتطفلة تكفي لتأهيلنا لتشخيص اضطراب الوسواس القهري.

الوساوس Obsessions: هي أفكار أو صور أو نبضات تطفلية متكررة راسخة لا يمكن التحكم فيها شخص لا يمكنه وقف هذه الأفكار ، وتظهر غالبا بصورة غير عقلانية للشخص الذي يتعرض لها. فبالنسبة لـ "برنيس" التي وصفت في افتتاحية هذا الفصل والآخرين ممن لديهم اضطراب الوسواس القهري، فإن الوساوس لها تلك القوة والتكرار حتى إنها تتدخل في الأنشطة السوية، وأغلب بؤر الوساوس تتضمن مخاوف من التلوث أو نبضات جنسية أو عدوانية ومشاكل جسدية ومخاوف دينية والتناظر أو الترتيب Bloch, Landeros-Weisenberger, Sen, et al., 2008 . كما أن الذين يعانون الوساوس ربما يميلون إلى الشكوك المتناهية والمماطلة والتردد في اتخاذ القرار.

الأفعال القهرية Compulsion: هي سلوكيات أو أفعال عقلية متكررة متكاثرة بوضوح حتى إن الفرد يشعر بأنه مدفوع لأدائها للحد من القلق الذي تسببه الأفكار الوسواسية أو لمنع حدوث مصيبة ما، وتعتبر أفعال "برنيس" أثناء الاغتسال، وتناول الطعام، والتي وصفت في الحالة الإكلينيكية متطابقة مع هذا التعريف، ويعتبر "سمويل جونسون" Samuel Johnson وهو واحد من أشهر المؤلفين في القرن الثامن عشر، وقد وصف بأنه كان يعاني أفعالا قهرية متعددة، حيث كان على سبيل المثال يشعر بدافع للمس

كل عمود في الشارع أو الخطو في منتصف كل حجر من حجارة الرصيف، وإذا أدرك أن أحد هذه الأفعال غير مضبوط يضطر أصدقاؤه إلى الانتظار مذهولين حتى يرجع ويصحح ما فعله Stephen, 1900, cited in Szechtman, 2004 . ورغم أنه من المفهوم منطقيا أنه لا توجد حاجة لهذا السلوك إلا أن الفرد يشعر وكأن شرا رهيبا سيحدث إذا لم يتم القيام بهذا الفعل، والتكرار الواضح الذي تتكرر به الأفعال القهرية قد يكون مذهلا مثل "برنيس" التي تمضغ الطعام بملء فمها 300 مرة ، وتتضمن تلك الأفعال القهرية ما يلي:

- متابعة النظافة والترتيب خلال طقوس دقيقة أحيانا.
- أداء أفعال وقائية متكررة وبصورة ساحرة كالعد أو لمس جزء من أجزاء الجسم.
- المراجعة المتكررة لضمان تنفيذ أفعال محددة مثل الرجوع سبع أو ثمان مرات في صف لرؤية انطفاء الأنوار أو شعلات موقد الغاز وإغلاق الحنفيات وإغلاق النوافذ والأبواب.

المعايير التشخيصية لاضطراب الوسواس القهري طبقًا للدليل الخامسDSM-5 :
* وساوس أو أفعال قهرية
* تعرف الوساوس بواسطة:
- أفكار أو الحاحات أو صور متكررة تطفلية ملحة غير مرغوبة
- يحاول الفرد تجاهل أو قمع أو معادلة الأفكار أو الإلحاحات أو الصور.
* تعرف الأفعال القهرية بواسطة:
- سلوكيات أو أفكار متكررة حيث يشعر الفرد بأنه مكره على أدائها لمنع محنة أو حادث فظيع.
- يشعر الفرد بأنه مدفوع لأداء السلوكيات أو الأفكار استجابة لوساوس أو طبقا لطقوس صارمة.
الوساوس أو الأفعال القهرية استهلاك للوقت ساعة واحدة على الأقل يوميا مثلا أو سبب محنة أو وهن طبي كبير.

كثيرا ما نسمع عن أفراد وصفوا بأنهم يكرهون على لعب القمار، ويكرهون على تناول الطعام، ويكرهون على تناول الخمور، وحتى إن الأفراد قد يشيرون إلى إلحاحات لا تقاوم للعب القمار، وتناول الطعام والخمر. ولا يعتبر الأطباء المعالجون هذه السلوكيات وساوس بسبب أن الأفراد يتعرضون لها كسلوكيات للبهجة والفرحة، وفي دراستنا رأى 78% من الأفراد ممن لديهم أفعال قهرية أن طقوسهم في أداء تلك الأفعال القهرية ليست سخيفة وليست غير عقلانية رغم أنهم لا يستطيعون التوقف عن أدائها Stern,1978 .

ويبدأ اضطراب الوسواس القهري إما قبل سن العاشرة أو في مرحلة البلوغ المتأخرة أو الرشد المكبر Conceicao do Rosario-Campos, 2001 ، وقد وصف الاضطراب لدى الأطفال في سن صغيرة تصل إلى عامين Rapoport, 1992 ، وبين الكبار فإن 1% منهم يطابق المعايير التشخيصية للاضطراب في عمر معين Jacobi, Wittcen, Holting, et al., 2004; Ruscio, Stein, Chiu, et al., 2010; Torres, Prince,

Bebbington, et al., 2006 ، وحـوالي 2% مـنهم يطـابقون المعـايير التشخيصـية أثنـاء فـترة حياتهم Ruscio et al., 2010 . إن اضطراب الوسواس القهـري أكـثر شـيوعا بـين النسـاء عـن الرجـال مـع نسـبة لعامـل النـوع قـدرها 1.5 Jacobi et al., 2004; Torres et al., 2006 . ويظهـر نمـوذج الأعـراض متشـابها عـبر الثقافـات Seedat & Matsunaga, 2006 ، ويعتـبر اضطراب الوسواس القهري اضطرابا مزمنـا، ففـي دراسـة للمتابعـة اسـتغرقت 40 سـنة لأفـراد بمستشفى يعانون الوسواس القهري في فترة الخمسينات، أظهـرت الدراسـة أن 20% فقـط مـن المرضى تم شفاؤهم تماما من الاضطراب Skoog & Skoog, 1999 . إن ثلاثـة أربـاع المصـابين بالوسواس القهري يظهرون مقاييس متطابقة لاضطرابات القلق المتزامنة خـلال فـترة حيـاتهم، وأن حوالي الثلثين يظهرون مقاييس متطابقة للاكتئاب الشديد خلال حياتهم واسـتخدام المـواد شائع أيضا Ruscio et al., 2010 ، وحوالي ثلث مرضى الوسواس القهري يتعرضون عـلى الأقـل لبعض أعراض اضطراب الاكتناز Steketee & Frost, 2003 .

اضـطراب تشـوه الجسـم BDD Body Dysmorphic Disorder : المصـابون بهـذا الاضطراب ينهمكـون في عيـب واحـد أو أكـثر مـن العيـوب الخياليـة أو العيـوب المبـالغ فيهـا في مظهرهم، رغـم أن هـؤلاء الأفـراد قـد يكونـون ذوى مظهـر جـذاب للآخـرين إلا أنهـم ينظـرون لأنفسهم كـأن مظهـرهم قبـيح أو فظيـع Phillips, 2006a ، وتميـل السـيدات إلى التركيـز عـلى البشرة مثل "جوان" في الحالة الإكلينيكية في الصفحة بعد التالية ، الوركين، والنهـدين، والسـاقين. بيـنما الرجـال يميلـون أكـثر للتركيـز عـلى الطـول أو طـول القضـيب أو شـعر الجسـم Perugi, Akiskal, Giannotti, et al., 1997 ، ويعاني بعض الرجال الانهماك في صـغر الجسـم، وقلـة مـا به من العضلات حتى عندما لا يشاركهم الآخرون في هذا المفهوم.

ومثل المصابين باضطراب الوسواس القهري، فإن المصـابين باضـطراب تشـوه الجسـم يجـدون صعوبة في وقف التفكير في خصائصهم، وفي المتوسط فإن المصابين باضطراب تشوه الجسم يفكرون في مظهـرهم لمـدة 3 إلى 8 سـاعات يوميـا Phillips, Wilhelm, Koran, et al., 2010 ، ومثـل المصابين كذلك بالوسواس القهري؛ فإن المصابين باضطراب تشوه الجسم يجدون أنفسهم مكـرهين على الانخراط في سلوكيات محددة، ولدى مرضى اضطراب تشوه الجسم فإن من أكـثر السـلوكيات المكرهة تشمل فحـص المظهـر في المـرآة، ومقارنـة المظهـر بمظهـر الآخـرين مـن الأفـراد، وسـؤال الآخرين بتكرار التأكيد على المظهر أو استخدام خطط لتغيير المظهر أو تمويه أجـزاء الجسـم غـير المحبوبة التبرج، إكساب البشرة لونا أسـمر، ممارسـة الـتمارين، تغيـير الملابـس، ووضـع الماكيـاج Phillips, Wilhelm, et al., 2010 . وبينما يقضى كثـيرون سـاعات يوميـا في تفحـص مظهـرهم، فإن البعض يحاول تفادي تذكر العيوب التـي يتخيلونهـا بتفـادي المرايـا أو الأسـطح العاكسـة أو

الأضواء الساطعة Albertini & Phillips, 1999 . وبينما أغلبنا يفعل أشياء للشعور بالرضا عن مظهرنا، فإن المصابين باضطراب تشوه الجسم يقضون وقتا هائلا وطاقة في هذه المساعي.

أعراض الاضطراب محزنة بشدة، فحوالي ثلث المرضى تقريبا باضطراب تشوه الجسم يصفون أوهاما بمظهرهم مثل إقناعهم بأن الآخرين يضحكون عليهم أو يحدقون في عيوبهم Phillips et al., 2006 . وما يقرب من ربع المرضى يجري عملية تجميل Phillips, et al., 2010 ، ومن سوء الحظ فإن عملية التجميل تضيف القليل لتهدئة قلقهم Veale, 2000 ، وكثير من الأفراد أعلنوا رغبتهم في مقاضاة أطبائهم بعد الجراحة أو إيذائهم بسبب عدم رضائهم عنها، وأن ما يقرب من خمس هؤلاء الأفراد المصابين بهذا الاضطراب يفكرون في الإقدام على الانتحار Rief, Buhlmann, Wilhelm, et al., 2006 .

إن الانهماك في المظهر يمكن أن يتداخل في نواح كثيرة للوظيفة المهنية والاجتماعية، فالمصابون باضطراب تشوه الجسم يتعرضون في الغالب لمستويات عالية من الخزي والقلق والاكتئاب من مظهرهم، وتقابل باستجابات سلوكية عديدة شائعة حيث قد يتفادى البعض الاتصال بالآخرين بسبب قلقهم الشديد من تثمينهم من قبل الآخرين على أساس مظهرهم، وأحيانا هذه المخاوف تكون قاهرة فتجعل الفرد حبيسا في منزله، وإن حوالي 40 % من المصابين بهذا الاضطراب لا يقدرون على العمل Didie, Menard, Stern, et al., 2008 .

معايير اضطراب تشوه الجسم طبقًا للدليل الخامس DSM-5
- الانهماك في عيب أو أكثر من العيوب الخيالية في المظهر.
- يقوم الفرد بأداء سلوكيات أو أفعال عقلية متكررة مثل التفحص في المرآة أو السعي لإعادة التأكيد أو التبرج المفرط استجابة لاهتمامات بالمظهر.
- الانهماك غير مقيد بالاهتمام بالوزن أو بدانة الجسم.

ويزداد اضطراب تشوه الجسم بصورة طفيفة لدى السيدات عن الرجال، ولكن حتى بين السيدات فإن الاضطراب نادر نسبيا حيث ينتشر بنسبة تقل عن 2% Rief et al., 2006 ، ولكن بين السيدات الساعيات لإجراء جراحة تجميل فإن حوالي 5 – 7% منهن تتطابق لديهم المعايير التشخيصية لهذا الاضطراب Altamura, Paluello, Mundo, et al., 2001 ، ويبدأ اضطراب تشوه الجسم بصورته النموذجية في أواخر البلوغ، وأن ما يقرب من 90% من الأفراد الذين شخص لديهم الاضطراب يبلغون عن الأعراض بعد سنة من التشخيص Phillips, 2006 ، وبمرور فترة قدرها 8 سنوات فإن ثلاثة أرباع من هؤلاء المصابين يشفون من أعراضهم Bjornsson, Dyck, Moitra, et al., 2011 .

وتلعب العوامل الاجتماعية والثقافية بكل تأكيد دورا في الحكم على مدى تمتع الأفراد بالجاذبية، حيث ينتشر بين الطلاب الجامعيين في الولايات المتحدة الاهتمام بمظهر الجسم عن أوروبا، حيث إن ما يقرب من 74% من الطلاب الأمريكيين يقرون على الأقل ببعض الاهتمام بصورة الجسم، بينما تزداد نسبة السيدات عن الرجال في الإقرار بعدم الرضا عن صورة الجسم Bohne, 2002 . غير أن أغلب هذه الاهتمامات ليست حادة بما يكفي لاعتبارها اضطرابات نفسية ويتعرض المصابون باضطراب تشوه الجسم لمحنة مؤلمة طوال تصورهم للعيوب البدنية.



بعض مرضى اضطراب تشوه الجسم يقضون ساعات يوميًا لفحص مظهرهم، وقد نجد بعضهم يتجنب المرآة بسبب أنهم يشعرون بالألم من مظهرهم



توحي تقارير حالات حول العالم أن أعراض اضطراب تشوه الجسم ونتائجه متماثلة خلال الثقافات Phillips, 2005 ، غير أن عضو الجسم الذي يصبح مركزا للاهتمام يختلف أحيانا حسب الثقافة مثل الاهتمام بجفن العين يزداد شيوعا في اليابان عن البلدان الغربية، فالمرضى اليابانيون باضطراب تشوه الجسم أكثر قلقا إزاء الإساءة للآخرين عن مرضى البلدان الغربية Suzuki, Takei, Kawai, et al., 2003 .

إن جميع المصابين باضطراب تشوه الجسم تتوفر فيهم المعايير التشخيصية لاضطراب آخر وأكثر الاضطرابات المتزامنة شيوعا تشمل الاضطراب الاكتئابي الشديد واضطراب القلق الاجتماعي والوسواس القهري واضطرابات استخدام المواد واضطرابات الشخصية Gustad, 2003 ، ويجب أخذ العناية لتمييز اضطراب تشوه الجسد عن اضطرابات الأكل، فمعظم المصابين بتشوه الجسم يقلقون من عدة نواح مختلفة في مظهرهم، فعندما يكون الشكل والوزن هما المعنيان فقط فإنه يجب على الأطباء مراعاة ما إذا كانت الأعراض قد تم تفسيرها بدقة بواسطة اضطراب الأكل أم لا.

الحالة الإكلينيكية "جوان" Joann

"جوان" سيدة تبلغ من العمر 23 عاما، سعت لعلاج نفسي بعد خسارتها لعملها كموظفة مبيعات في مستودع سجلات، بسبب قيامها براحات طويلة جدا، وفي أول جلسة علاج كانت تبدو غير مستريحة تماما وتلملمت في معطفها، وسردت قصتها ونظرها تجاه الأرض، وذكرت أنها أخذت راحات طويلة في العمل بسبب عدم راحتها، عندما كان

الزبائن في المتجر، وشعرت بأنهم يحملقون في وجهها، وعندما سئلت لماذا اعتقدت ذلك فأجابت بأنها عرفت أن الزبائن ينظرون لبشرتها حيث تصورت أن بشرتها شديدة السواد، ووصفت شعورها بأنها كانت مكرهة لقضاء ساعات يوميا بمنزلها لتفحص مظهرها بالمرآة، ثم وصفت تلك الساعات بالعذاب وكانت تقضي الصباح كله في ارتداء الملابس ووضع الماكياج، ولكنها لم تشعر مطلقا برضا عن نتائج ذلك، وطوال اليوم كانت تفكر في مدى قبح بشرتها وأنفها وشفتيها، وكانت تتفادى غالبا مغادرة المنزل، وعندما تكون وسط الجمهور كانت تتعثر من جراء القلق الشديد عندما ينظر إليها الآخرون، وصرحت بأن هذه الأعراض أتت ثم زالت منذ مرحلة البلوغ ولكنها أصبحت أكثر سوءا على مدار السنتين الأخيرتين.

اضطراب الاكتناز Hoarding Disorder: الاكتناز هواية مفضلة لكثير من الأفراد، فما الذي يميز السحر الشائع للمقتنيات عن اضطراب الاكتناز الإكلينيكي؟ فبالنسبة للمصابين باضطراب الاكتناز فإن الحاجة للكسب والاقتناء هو جزء فقط من المشكلة، والمشكلة الأكبر أن المرضى يكرهون الابتعاد عن أشيائهم حتى عندما يعجز الآخرون عن رؤية أي قيمة ضخمة في تلك الأشياء، وتبين حالة "دنا" Dena أكثر الحالات الإكلينيكية تطابقا مع هذا الاضطراب، حيث اقتنت سلسلة أنواع مختلفة من أشياء شملت ملابس وأدوات وتحفا ربما يكون قد تم تجميعها مع حاوياتها القديمة، وأغطية الزجاجات، ولفائف الساندويتشات. إن حوالي ثلثي الأفراد الذين يكتنزون ليس لديهم وعى بمدى صعوبة سلوكهم Steketee & Frost, 2003 . كما أن المصابين باضطراب الاكتناز مرتبطون بشدة بمقتنياتهم، ويقاومون بشدة الجهود المبذولة لإبعادهم عنها.

حوالي ثلث المصابين باضطراب الاكتناز سيدات وهم غالبا أكثر من الرجال كما يشتركون في اقتناء الحيوانات Patronek & Nathanson, 2009 . وهؤلاء الذين يكتنزون الحيوانات أحيانا يرون أنفسهم كمنقذين لتلك الحيوانات، ولكن شهود هذه المشكلة يرون تلك المشكلة بصورة مختلفة حيث إن تجميع عدد من الحيوانات غالبا يتجاوز قدرة الفرد على توفير الرعاية والمأوى والطعام لهم.

إن تبعات الاكتناز قاسية جدا، حيث إن تزاحم الأشياء غالبا يفوق منزل الفرد. ففي إحدى الدراسات لعمال وكالات خدمات المسنين، حيث طلب منهم وصف عملائهم الذين يعانون اضطراب الاكتناز، فرغم أن خطة أخذ العينة تركز تقريبا على حالات قاسية على وجه الخصوص، إلا أن النتائج كانت جديرة بالملاحظة، إذ أشار العاملون إلى أن من بين عملائهم الذين يعانون مشاكل الاكتناز، فإن الاكتناز أدى إلى قذارة شديدة عمت ثلث المساكن، والثلث من الأفراد تميزوا بروائح شنيعة من جراء الطعام أو الروث النتن، وأن

أكثر من 40% صار لديهم مواد عديدة مكدسة، حتى إنه لم يعد لديهم قدرة بعد على استخدام الثلاجة أو حوض المطبخ أو البانيو، وأن 10% لم يعد لهم قدرة على استخدام دورة المياه Kim, Steketee & Frost, 2001 ، إن ظروف التنفس ورداءة الصحة وصعوبات الطهي تسهم كلها في صحة بدنية رديئة، وكثير من أفراد العائلة قطعت علاقاتهم وغير قادرين على فهم الارتباط بالأشياء المكتنزة. إن ثلاثة أرباع المصابين باضطراب الاكتناز ينخرطون في الشراء المفرط Frost, Tolin, Steketee, et al., 2009 . وأن كثيرين غير قادرين على العمل Tolin, Frost, et al., 2008 . مما يجعل الفقر يعم الجميع الذين يعانون هذا الاضطراب Samuels, Bienvenu III, Pinto, et al., 2007 . ومع تصاعد المشكلة يتدخل المسئولون عن الصحة في محاولة لمواجهة دواعي السلامة والصحة. إن حوالي 10% من المصابين باضطراب الاكتناز مهددون بالطرد من مساكنهم عند مرحلة معينة من حياتهم Tolin et al., 2008 ، فبالنسبة للبعض تنفق الأموال على الاكتناز مما يؤدي إلى التشرد، وعندما تشترك الحيوانات تضطر وكالات حماية الحيوانات إلى التدخل.

> المعايير التشخيصية لاضطراب الاكتناز طبقًا للدليل DSM-5
> * إصرار أو صعوبة إهمال أو الانفصال عن المقتنيات بغض النظر عن قيمتها الحقيقية.
> * حاجة خيالية للحفاظ على الأشياء.
> * حزن مرتبط بالتخلص من المقتنيات.
> * ينتج عن الأعراض تجميع عدد ضخم من المقتنيات تربك مساحات المعيشة الفاعلة لدرجة أنه تحدث مساومة لاستخدامها بصورة مستهدفة ما لم يتدخل الآخرين.

لم تستخدم الدراسات المقابلات الفردية التشخيصية المركبة في العينات المجتمعية الممثلة لتقدير انتشار اضطراب الاكتناز، وفي مقاييس تقرير الذات أقر 2% من السكان بوجود مشكلات متوسطة مع أعراض اضطراب الاكتناز Iervolino, Rijsdijk, Cherkas, et al., 2011 ، ورغم أن الاكتناز أكثر شيوعا بين الرجال عنه بين السيدات، Samuels et al., 2007 فإن قليلا جدا من الرجال يسعى للعلاج Steketee & Frost, 2003 . إن سلوك الاكتناز يبدأ عادة في الطفولة أو في مرحلة البلوغ المبكرة Grisham, Frost, Steketee, et al., 2006 ، وهذه الأعراض المبكرة قد توضع تحت السيطرة بواسطة الآباء أو بدخل محدود، والاعتلال الشديد من الاكتناز لا يظهر غالبا على السطح حتى مرحلة متأخرة من الحياة، واكتناز الحيوانات يظهر غالبا في العمر المتوسط أو عمر أكبر Patronek & Nathanson, 2009 .

إن الاكتناز لم يعترف به كتشخيص حتى ظهور الدليل الخامس DSM-5، وفي الدليل الرابع المعدل DSM-IV-TR وصف الاكتناز كعرض يمكن أن يصاحب اضطراب الوسواس القهري، ورغم أن الاكتناز يتزامن اضطرابيا مع الوسواس القهري إلا أنه يمكن

أن يحدث أيضا فيما بين هؤلاء الذين ليست لديهم أعراض الوسواس القهري Bloch et al., 2008 ، وأن الاكتئاب واضطراب القلق العمومي والهلع الاجتماعي يشيع فيما بين الذين شخص لديهم الاكتناز Mataix-Cols, Frost, Pertusa, et al., 2010 . وأحيانا تتطور أعراض الاكتناز فيما بين الذين يعانون الفصام أو العته Hwang, Tsai, Yang, et al., 1998 . وعندما تفسر الأعراض جيدا بواسطة اضطراب آخر فإنه ينبغي عدم تشخيص اضطراب الاكتناز.

الحالة الإكلينيكية "دنا" Dena

تم تحويل "دنا" للعلاج بعد تلقى المسئولين عن رعاية الحيوان بلاغات من الجيران، وقد تبين من فحص المنزل أن ما يزيد على 100 حيوان يعيشون في ساحتها البالغ مساحتها ما يزيد على 3 أفدنة، وداخل منزلها يعاني كثيرا منهم سوء التغذية والتزاحم الشديد والاضطراب، وعند مقابلتها قررت بأنها كانت تجري حملة لإنقاذ الحيوانات، ولكنها تخلفت قليلا بسبب تراجع التبرعات من جراء سوء الاقتصاد، وعندما زار المعالج منزلها اتضح أن مقتنياتها امتدت لما وراء الحيوانات، وكانت غرف منزلها الصغير مزدحمة جدا حتى إن بابين من الأبواب الموصلة للخارج، لم تعد تصل للخارج. وأن أكوام الملابس والقماش المختلطة مع قطع الأثاث المتنوعة تصل إلى سقف غرفة معيشتها، وفي المطبخ تزاحمت مجموعة من تذكارات المسرح خارج المسار الموصل لموقد الغاز والثلاجة، وكانت غرفة الطعام مغطاة بمواد متجمعة مثل أكياس المهملات وأكوام الفواتير والصحف القديمة وأطقم عديدة من الصين اشترتها بالمزاد في تصفيات أمام أحد المنازل.

وعندما حاول المعالج طرح فكرة أنه بإمكانهم في الإدارة مساعدتها في تنظيم وترتيب منزلها غضبت "دنا"، وقالت إنها قد سمحت فقط للمعالج بالزيارة لمساعدة سمسارها في الترتيب مع سلطات حماية الحيوان، وإنها لا ترغب في سماع أي تعليقات على منزلها، لقد وصفت سنوات صراعها مع عائلتها حول تدبير المنزل، وذكرت أنها قامت بأداء كل شيء بإرادتها للفرار من قواعدهم ولوائحهم المتشددة، وادعت عدم وجود حاجة لموقد الغاز مشيرة إلى أنها ليست على وشك البدء في طهي الوجبات الساخنة كسيدة غير متزوجة تعيش بمفردها، وبعد زيارة منزلية مبدئية غير ناجحة رفضت أي اتصال آخر مع المعالج.

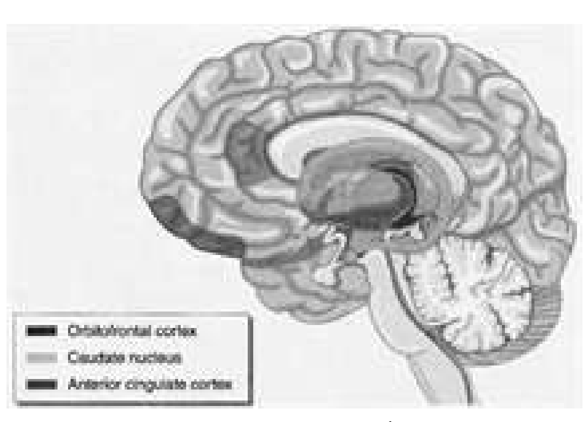
الملخص السريع:

اضطراب الوسواس القهري والاضطرابات المرتبطة به يشمل: اضطراب الوسواس القهري OCD ، واضطراب تشوه الجسم BDD ، واضطراب الاكتناز. ويعرف اضطراب الوسواس القهري بواسطة وساوس أو أفعال قهرية أو كليهما. ويعرف

اضطراب تشوه الجسم بواسطة الانهماك في تشوه تخيلي في المظهر. واضطراب الاكتناز هو تشخيص جديد في الدليل الخامس DSM-5 يعرف بواسطة اقتناء مفرط للأشياء وصعوبة شديدة في التخلص منها حتى عندما تكون بلا قيمة موضوعيا. والمصابون بتشوه الجسم واكتناز الأشياء غالبا يكون لهم تاريخ مع الوسواس القهري. وما وراء ذلك، فإن الوسواس القهري والاضطرابات المرتبطة به يتزامن تشخيصيا مع اضطرابات القلق واضطراب الاكتئاب الشديد.

أسباب اضطراب الوسواس القهري والاضطرابات المرتبطة به:

اضطراب الوسواس القهري واضطراب تشوه الجسم واضطراب الاكتناز تتداخل أسبابها بعض الشيء وتوحي النماذج الحالية بأن هذا التداخل ربما يكون بسبب العامل الوراثي وربما بسبب العامل العصبي الحيوي؛ فمثلا المصابون باضطراب تشوه الجسم والمصابون بالاكتناز غالبا لهم تاريخ عائلي لاضطراب الوسواس القهري Gustad, 2003؛ Jang , Taylor، & 2010 ,Asmundson . إن اضطراب الوسواس القهري واضطراب تشوه الجسم يشتركون في منطقة واحدة بالمخ، وتشير دراسات تصوير المخ إلى وجود ثلاث مناطق في المخ يرتبط بعضها مع بعض برباط وثيق وتكون نشطة بصورة غير عادية لدى المصابين بالوسواس القهري انظر شكل 7-1 ، وهذه المناطق هي: Orbitofrontal cortex أي القشرة الأمامية المدارية منطقة قشرة الفص الجبهي الإنسي تقع فوق العينين مباشرة ، caudate nucleus أي النواة المذنبة جزء من العقد القاعدية ، anterior cingulated أي الحزامية الأمامية Menzies, Chamberlain, Laird, et al., 2008; Rotge, Guehl, Dilharreguy, et al., 2009 . فعندما يشاهد المصابون بالوسواس القهري أشياء تستدعي أعراض الاضطراب مثل القفاز المتسخ لشخص يخاف من التلوث يزداد النشاط في هذه المناطق الثلاث McGuire, 1994 . ويظهر نموذج مماثل عندما يشاهد المصابون



يوضح شكل 7-1 أجزاء المخ المسئولة عن الاضطرابات المرتبطة بالوسواس القهري

بتشوه الجسم صور وجههم، ففي تلك الدراسات يظهر لدى المصابين بتشوه الجسم نشاط كبير في منطقة القشرة الأمامية المدارية والنواة المذنبة Feusner, Phillips & Stein, 2010 . ولم يعرف إلا القليل بالنسبة للناحية العصبية والحيوية لاضطراب الاكتناز حيث إن هذا الاضطراب حديث.

وبينما يؤسس عامل الخطر الوراثي وعوامل الخطر العصبية الحيوية مرحلة لتطوير أحد هذه الاضطرابات، فلماذا قد ينمو لدى أحد الأفراد اضطراب الوسواس القهري وينمو لدى شخص آخر اضطراب تشوه الجسم؟ لذا تركز النماذج المعرفية السلوكية على العوامل التي تشجع أحد الاضطرابات مقارنة باضطراب آخر.

أسباب اضطراب الوسواس القهري: توجد مساهمة وراثية متوسطة في اضطراب الوسواس القهري حيث تتراوح نسبة مساهمة العامل الوراثي من 30 إلى 50% Taylor et al., 2010 . مما يوحي أن هناك عوامل أخرى تلعب دورا أساسيا في نشوء وتطور الوسواس القهري، وسوف نركز هنا بصفة خاصة على المساهمة المعرفية والمساهمة السلوكية.

على الأقل 80% من الأفراد يتعرض لأفكار تطفلية مختصرة من وقت لآخر كأغنية أو صورة صاخبة تلتصق في رأسك Rachman, 1978 . وبسبب شيوع الأفكار التطفلية تركز كثير من البحوث النفسية على لماذا تتواصل مثل هذه الأفكار أكثر من تركيزها على سبب حدوثها في المقام الأول، وبعد كل ذلك إننا لن نشخص اضطراب الوسواس القهري حتى تتواصل الأفكار التطفلية بالدرجة التي تسبب اكتئابا حقيقيا أو ضعفا.

انظر للحظة كيف نعرف إيقاف التفكير في شيء ما أو إيقاف التنظيف أو التوقف عن المذاكرة من أجل الامتحان أو من أجل تنظيم مكتبنا، إنه لا توجد إشارة مطلقة من البيئة المحيطة، ولكن معظمنا يتوقف عندما يشعر بأن الأمر يكفي، ويعرف مصطلح "يداسنشنز" Yedasentience بأنه إحساس موضوعي بالمعرفة Woody & Szechtman, 2011 . كإشارة بالضبط بأنك أكلت ما فيه الكفاية، ويُعد مصطلح "يداسنشنز" كإشارة تطفلية بأنك فكرت بما فيه الكفاية أو نظفت بما فيه الكفاية أو بأسلوب آخر إنك فعلت ما يجب لمنع الفوضى والخطر. هناك نظرية واحدة توحي بأن المصابين بالوسواس القهري يعانون قصورا في "يداسنشنز" فبسبب إخفاقهم في اكتساب الإحساس الداخلي بالاستيفاء والاكتمال فإنهم يتعرضون لصعوبة في وقف أفكارهم وسلوكياتهم، وموضوعيا يبدو أنهم يعرفون أنه لا داعي لتفحص موقد الغاز أو غسيل اليدين مرة أخرى ولكنهم يعانون إحساسا داخليا بالقلق بأن الأشياء لم تكتمل.

وتميل النماذج المعرفية السلوكية الأخرى إلى تقديم تفسيرات متميزة للأفعال القهرية في مقابل الوساوس. تركز النماذج السلوكية على المؤدي وتهيئته للأفعال القهرية، بمعنى

أن الأفعال القهرية إكراه متكرر بسبب أنها تحد من القلق Meyer & Chesser, 1970 . فمثلا غسيل اليدين بالإكراه يوفر استشفاء فوريا من القلق المرتبط بالوساوس من الجراثيم، وبالمثل تفحص موقد الغاز ربما يعطي استشفاء فوريا من القلق المرتبط بالتفكير في أن المنزل ستنشب فيه النيران، وبالتمسك بهذه الرؤية فإنه بعد السلوك الإكراهي يسقط القلق الذاتي، وحتى الاستثارة النفسية تسقط هي الأخرى Carr, 1971 .

بالنظر إلى الأفعال القهرية يكون السؤال الرئيس لماذا لا يكفي المثل الواحد بتفحص موقد الغاز أو تفحص الباب، ولماذا يشعر المصابون بالوسواس القهري باضطرارهم لتفحص موقد الغاز أو الأقفال مرة ومرات ومرات؟ النظرية الوحيدة لذلك هي أن هؤلاء لا يثقون في ذاكرتهم، فرغم أن المصابين بالوسواس القهري لا يبدو عليهم قصور في ذاكرتهم، إلا أنهم يصفون غالبا شعورا بالحاجة للثقة في ذاكرتهم Hermans, Engelen, Grouwels, et al., 2008 . وهذا الاحتياج لليقين هو الذى يدفع هؤلاء الأفراد لتكرار الطقوس.

نموذج آخر يركز على الوساوس، حيث يرجح هذا النموذج أن المصابين بالوسواس القهري يسعون بصعوبة أكبر لكبح وساوسهم مقارنة بالآخرين، وللقيام بذلك قد يتحول الموقف إلى موقف أسوأ. إذ بين عديد من الباحثين أن المصابين بالوسواس القهري يؤمنون بأن التفكير في شيء ما يعجل بحدوثه Rachman, 1977 . كما أن المصابين بالوسواس القهري يصفون مشاعر عميقة خاصة بمسئوليتهم عما يحدث Ladoceur, Dugas,. Freeston, et al., 2000 ، ونتيجة لهذين العاملين فإن هؤلاء الأفراد يحاولون كبح التفكير أو ما يسمى thought suppression Salkovskis, 1996 .

من سوء الحظ، أنه يصعب كبح الأفكار. فبالنظر إلى نتائج إحدى الدراسات عن ماذا يحدث عندما يطلب من الأفراد كبح تفكيرهم Wegner, 1987 . فقد طلب من مجموعتين من الطلبة الجامعيين إما التفكير في دب أبيض أو عدم التفكير في أحد، وطلب منهم أيضا إقراع جرس في كل مرة يفكرون في الدب الأبيض. وقد أشارت النتائج إلى عدم حدوث محاولات بتفادي التفكير في الدب الأبيض، حيث فكر الطلاب أكثر من مرة في الدب في الدقيقة، وذلك عند محاولتهم تفادي ذلك، والأبعد من هذا وجود تأثير عكسي، فبعد محاولة الطلاب كبح الأفكار عن الدب لمدة 5 دقائق فكروا في الدب أكثر أثناء الدقائق الخمس التالية في الغالب. ولذا فمحاولة كبح تفكير قد يكون له تأثير متناقض يحث على الانهماك فيه.

معظم الدراسات تنظر إلى آثار الكبح كمسألة تستغرق دقائق، ولكن آثار كبح تفكير يمكن أن تستمر أياما. ففي دراسة على سبيل المثال سئل الأفراد عن التعرف على تفكير تطفلي جاري ثم طلب منهم الانتباه لهذا التفكير أو كبح هذا التفكير أو يبقون بدون إرشادات حول هذا التفكير Trinder, 1994 ، وسجل المشتركون كم مرة لديهم هذا

التفكير التطفلي ومدى انعدام الراحة في هـذه التجربـة خـلال 4 أيـام تاليـة، وتبـين أن الأفـراد الذين طلب منهم كبح هذا التفكير كان لديهم فضول أكثر متكـرر خـاص بهـذا التفكـير، وكـان الفضول أكثر قلقا وخاليا من الراحة طوال الأربعة أيام التالية.

الأبعد من دراسات صعوبة كبح التفكير هو أنه يوجد دليل على أن كـبح التفكـير يلعـب دورا في اضطراب الوسواس القهري، ولاسيما أن المصابين بالوسـواس القهـري يميلـون إلى إعطـاء أسباب كثيرة عن لماذا يحاولون كبح التفكير مقارنة بغير المصابين بهذا الاضطراب. فمثلا الأفـراد الذين قالوا إنهم يؤمنون بأن الأشياء الشريرة تحدث إذا فكروا فيها هـم الـذين يحـاولون أكـثر لكبح التفكير، والذين ذكروا كبح التفكير بصورة أكبر هم الذين ذكـروا أعراضـا أكـثر للوسـواس القهري Rassin, 2000 .

أسباب اضطراب تشوه الجسم: لماذا ينظر بعض الأفراد في المرآة لرؤية أنف يراها آخـرون أنها مناسبة تماما بينما رد فعله يكون مرعبا؟

تركز النماذج المعرفية لاضطراب تشـوه الجسـم عـلى مـاذا يحـدث عنـدما ينظـر شـخص لجسمه/ أو جسمها، وهو يعاني أعراض هذا الاضطراب، إن المصابين باضـطراب تشـوه الجسـم يستطيعون رؤية خصائصـهم البدنيـة بصـورة صـحيحة ومعالجتهـا. فالمشـكلة ليسـت تشـوهاً واحداً في الخصائص البدنية ولكن هؤلاء الاضطرابيين أكثر انسجاما مع خصائص مهمة للجاذبية مثل التناظر الوجهي مقارنة بالذين لا يعانون تشوه الجسم Lambrou, Veale & Wilson, 2011 .

وعند النظر للمثيرات البصرية فإن المصابين بتشوه الجسم يركزون على التفاصيل أكثر من تركيزهم على الشيء برمته Dechersbach, Phillips, et al., 2000 . وهـذا يـؤثر عـلى كيـف ينظـرون إلى الخصـائص الوجهيـة Feusner et al., 2010 . فبـدلا مـن الاهـتمام بالبنيـة كلهـا فإنهم يتفحصون سمة واحدة كل مرة مما يجعلهم مستغرقين في الاهتمام بعيـب بسـيط، كـما أنهم يهتمون بمـا يجـذب اهتمامـا شـديدا مقارنـة بغـير المصـابين المشـاركين كعنـاصر ضـابطة Lambrou et al., 2011 ، حقا إن كثيرا من المصابين بتشوه الجسم يؤمنون بـأن قيمـة ذاتهـم تتوقف حصريا على مظهرهم Veale, 2004 .

وبسبب أهمية المظهر يميل المصابون بتشوه الجسم إلى قضاء وقت كبير مركزين عـلى مظهرهم مستبعدين التركيز على الغـير ولـديهم مـؤثرات إيجابيـة أكـثر، كـما أن جهـودهم المبذولة لتفادي المواقف التـي يحكـم فيهـا عـلى المظهـر تتـداخل مـع الجوانـب المهمـة في الحياة.

أسباب اضطراب الاكتناز: بالنظر للاكتناز يتناول الكثـيرون رؤيـة تطوريـة Zohar & Felz, 2001 ، فتخيل لو كنت إنسانا كهفيا بدون وسـيلة للوصـول لمتـاجر البقالـة لاسـتيفاء

الاحتياطيات الغذائية، ولا توجد متاجر للملابس للحصول على ملابس ثقيلة عندما يتحول الطقس للبرودة، فإنه سيكون من الضروري تخزين أي موارد حيوية يمكن العثور عليها. إلا أن السؤال: ما مدي صعوبة هذه القدرات الطبيعية لبعض الأفراد، يعتقد النموذج المعرفي السلوكي وجود عدد من العوامل مشاركة في ذلك، فطبقا للنموذج المعرفي السلوكي فإن الاكتناز يرتبط بقدرات تنظيمية رديئة واعتقادات غير عادية حول المقتنيات وسلوكيات التفادي Steketee & Frost, 2003 . فتراجع كل عامل من هذه العوامل، وانظر كيف أنها تؤدي إلى اكتناز مفرط وصعوبات في تفادي الأشياء.

هناك أنواع مختلفة عديدة من المشكلات المعرفية تتداخل مع القدرات التنظيمية بين الأفراد الذين يعانون اضطراب الاكتناز، فبعض المصابين بهذا الاضطراب يظهرون صعوبات في الانتباه Hartl, Duffany, Allen, et al., 2005 . كما يجدون صعوبة في تصنيف الأشياء، وعندما يطلب منهم تصنيف الأشياء في فئات يعاني هؤلاء المرضى البطء في عمل فئات كثيرة من الأشياء مقارنة بالآخرين، ولإيجاد إجراء لذلك يظهر المزيد من القلق Wincze, Steketee & Frost, 2007 . وذكر كثيرون أنه يصعب عليهم اتخاذ القرارات Samuels et al., 2009 . وهذه الصعوبات تنتقل إلى المهمة الحالية وإلى تنظيم الأشياء، واتخاذ القرارات يؤثر على كل ناحية تقريبا من نواحي اقتناء الأشياء، ويؤثر على ترتيب المنزل والتخلص من المقتنيات الضخمة. وعند مواجهة قرارات حول أفضل الأشياء التي تقتنى يتجه الكثيرون للحصول على اثنين أو ثلاثة أو أكثر من الشيء نفسه، وعند مواجهة قرارات حول كيفية تخزين الشيء يشعر الكثيرون بالقهر، وذكر مفتشو الصحة أن بعض المنازل مكتظة بمقتنيات لم تفتح بعد ولازالت في الحقائب. وكثيرون من المرضى يشعرون بصعوبة موجعة في تصنيف أشيائهم ومعرفة ما يجب التخلص منه حتى في وجود مساعدة من المسئول المعالج Frost & Steketee, 2010 .

ويركز النموذج المعرفي على المعتقدات غير العادية بأن المصابين باضطراب الاكتناز يتمسكون بمقتنياتهم، فمن خلال التعريف تقريبا فإن المكتنزين يظهرون ارتباطا وجدانيا شديدا بمقتنياتهم، وذكروا أنهم يشعرون بالراحة مع أشيائهم ويتخوفون من فكرة ضياع أحد الأشياء، ويرون الأشياء كمحور إحساسهم بذاتهم وهويتهم، ويتفهمون الإحساس بالمسئولية عن العناية بهذه الأشياء، وينتابهم الغيظ والاستياء إذا لمسها أو استعارها أو أزالها آخرون Steketee & Frost, 2003 . وهذه الارتباطات قد تكون أقوى في حالة وجود حيوانات. إن مكتنزي الحيوانات يصفون حيواناتهم غالبا بأهل الثقة المقربين Patronek & Nathanson, 2009 . وهذه الاعتقادات عن أهمية كل شيء من الأشياء تتداخل مع أي محاولات للتصدي للفوضى.

وأمام هذا القلق من كل هذه القرارات فإن التفادي أو التهرب يعتبر أمـراً شـائعاً، فكثـير من المصابين بهذا الاضطراب يشعرون بأن التوقف أفضل من اتخاذ قرار خـاطئ أو ضـياع شيء ثمين Frost, Steketee & Greene, 2003 . ويعتـبر التهـرب أو التفـادي عـاملا مـن العوامـل الرئيسة في بقاء الفوضى.

علاج الوسواس القهري والاضطرابات المرتبطة به:

العلاجات التي تعمل مع اضطراب الوسواس القهري، واضطراب تشوه الجسم، واضطراب الاكتناز واحدة. فكـل اضـطراب مـن هـذه الاضـطرابات تسـتجيب لمثبطـات إعـادة امتصـاص السيروتونين. والطريقة الرئيسة النفسية هـي التعـرض ومنـع الاسـتجابة رغـم أن هـذا العـلاج مجهز لحالات خاصة.

الأدويـة مضـادات الاكتئـاب Antidepression : هـي أكـثر الأدويـة اسـتخداما لعـلاج الوسواس القهري والاضطرابات المرتبطة به، ورغم أن هذه الأدوية تم تطويرها لعلاج الاكتئاب إلا أنه ثبتت فعالياتها في علاج الوسواس القهري Steketee & Barlow, 2004 وتشوه الجسم Hollander, Allen, Kwon, et al., 1999 . ويعتبر الكلوميبرامين clomipramine من أشـهر مضـادات الاكتئـاب اسـتخداما في عـلاج الوسـواس القهـري Anafranil; McDonough & Kenney, 2002 . وفي دراسة متعددة المواقع أدى الكلوميبرامين إلى انخفاض أعراض الوسـواس القهري بنسبة 50% تقريبا Mundo, 2000 ، وهو مفيد للشباب وكذلك للبالغين Franklin & Foa, 2011 . كما استجاب مابين 50 – 75% من المصابين بتشوه الجسـم للعـلاج بمضـادات الاكتئاب Hollander et al., 1999 .

مثبطـات إعـادة امتصـاص السـيروتونين الاختيـاري Selective serotonin reuptake inhibitors SSRIs طراز أكثر حداثة من مضـادات الاكتئـاب، تمتـاز بضـآلة آثارهـا الجانبيـة، ويعتـبر السـيروتونين والسـيروتونين الاختيـاري فعـالا في عـلاج الوسـواس القهـري Soomro, Altman, Rajagopal, et al., 2008 ، وتشوه الجسم Phillips, 2006 .

لم تجر تجارب عشوائية منضبطة للأدوية على اضطراب الاكتناز، واعتمد الكثـير مـن معلوماتنـا على دراسات على مرضى الوسواس القهري ممن لديهم أعراض الاكتنـاز، ورغـم أن أغلـب الدراسـات تشير إلى أن أعراض الاكتناز تستجيب للعلاج بدرجة أقل من أعراض الوسواس القهري Steketee & Frost, 2003 ، إلا أن نتائج دراسة واحدة أشارت إلى أن مرضى الاكتناز أظهروا اسـتجابة كبـيرة لمثـبط إعادة امتصاص السيروتونين الاختياري باروكسيتين Paxil مقارنة بالأدوية المعالجة للوسواس القهري

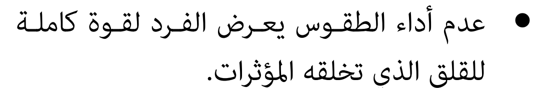
Saxena, Brody, Maidment, et al., 2007 ، ورغـم أن هـذه النتـائج واعـدة إلا أن مـن الضروري إجراء تجارب عشوائية منضبطة للأدوية لعلاج اضطراب الاكتناز.

العلاج النفسي Psychological Treatment: يعتبر التعرض ومنع الاسـتجابة exposure and response prevention ERP من أوسع العلاجات النفسية استخداما لعـلاج الوسـواس القهري والاضطرابات المرتبطة به. وهذا العلاج المعرفي السلوكي كان علاجـا رائـدا في إنجلـترا لــ "فيكتور ماير" Victor Meyer 1966 كطريقة لعـلاج الوسـواس القهـري. وقـد طـور "مـاير" أسلوب التعرض ومنع الاستجابة عـن طريـق تهيئـة العـلاج بـالتعرض الـذي تمـت مناقشـته في الفصل السادس لمواجهة الطقوس الإكراهية التي يستخدمها المصابون بالوسواس القهري للحـد من القلق. وسوف نقوم بوصف هذا العلاج حسب تطبيقه على اضطراب الوسواس القهري ثم سنقوم بشرح كيفية تهيئته لاضطراب تشـوه الجسـم واضطراب الاكتناز.

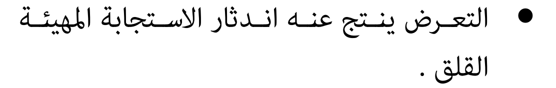


يشمل علاج التعرض لمرضى الوسواس القهري على مواجهة الفرد لأسوء المخاوف، مثل ملامسة الأشياء القذرة

علاج اضطراب الوسواس القهري: الذين يعانون الوسواس القهـري غالبـا يتمسـكون باعتقـاد سـحري تقريبا بأن سلوكهم الإكراهي سيمنع حـدوث الأشـياء المريعة، وفي مكون منع الاستجابة في أسلوب التعرض ومنــع الاســتجابة ERP يعــرض الأفــراد أنفســهم لمواقف تكشف لهم فعلا إكراهيا ثـم يحجمـون عـن أداء الطقس الإكراهي مثل الفرد الـذي يلمـس طبقـا متسخا ثم يحجم عن غسيل يديه، والتفسير المنطقي وراء هذا الاتجاه كما يلي:



- عدم أداء الطقـوس يعـرض الفـرد لقـوة كاملـة للقلق الذي تخلقه المؤثرات.



- التعـرض ينـتج عنـه انـدثار الاسـتجابة المهيئـة القلق .

الدراسة الأولى للتعرض ومنع الاستجابة لاضطراب الوسواس القهري تتضمن خلق بيئة محكمة بمستشفى ميدلسكس بلندن Meyer, 1966 ، في تلك الأيام وجه المسـئول المعـالج بالتعرض للمؤثرات المخيفـة في المنـزل بمسـاعدة أفـراد العائلـة غالبـا Foa & Franklin, 2001 .

يرجح التحليل التجميعي لعدد 19 دراسة لمقارنة التعرض ومنع الاستجابة بالمعالجات الضابطة أن التعرض ومنع الاستجابة فعال في خفض الوساوس والأفعال القهرية Rosa-Alcazar, Sanchez-Meca, Gomez-Conesa, et al., 2008 ، إن التعرض ومنع الاستجابة أكثر فاعلية من الكلوميبرامين في علاج الوسواس القهري Foa, Libowitz, Kozak, et al., 2005 ، وأنه فعال للأطفال والبالغين والكبار Franklin & Foa, 2011 . كما أن التعرض ومنع الاستجابة يعمل جيدا خارج الضوابط الأكاديمية وخارج التجارب العلاجية المحكمة بعناية. فقد بين باحثون نتائج ممتازة للتعرض ومنع الاستجابة قدمها معالجون من المجتمع لغير متخصصين في اضطراب الوسواس القهري Franklin & Foa, 2011 . ورغم أن أكثر الأفراد يتعرضون لنقص إكلينيكي كبير في الأعراض مع التعرض ومنع الاستجابة إلا أن بعض الأعراض المعتدلة بقيت تقريبا Steketee & Frost, 1998 .

وعلى المدى القصير فإن الإحجام عن أداء الطقوس لا يبعث على السرور تماما للذين يعانون الوسواس القهري للحصول على فكرة مدى عدم السرور، حاول التأخير دقيقة أو اثنتين قبل خدش أي حكة ، يتضمن التعرض ومنع الاستجابة إحجاما عن أداء الطقوس بصورة نموذجية خلال جلسات تستغرق 90 دقيقة وخلال 15 إلى 20 جلسة على مدى 3 أسابيع، مع إرشادات للتمرين بين الجلسات أيضا، وبالنظر إلى كثافة العلاج فإنه ليس من المستغرب أن يرفض حوالي 25% من العملاء العلاج بالتعرض ومنع الاستجابة Franklin & Foa, 2011 . فالعملاء الذين يعانون الوسواس القهري يميلون إلى تغيير مخاوفهم، وهذه الميول تخلق مشكلات خاصة في العلاج السلوكي وفي أساليب العلاج Jenike, 1994 .

تركز الطرق المعرفية لاضطراب الوسواس القهري على تحدي معتقدات الأفراد عن ماذا سيحدث إذا لم يشاركوا في الطقوس Van Oppen, 1995 . وأخيرا للمساعدة في اختبار تلك المعتقدات فإن هذه الطرق سوف تستعين بالتعرض، حيث يعتقد الكثير من الدراسات أن الطرق المعرفية تعمل مثل التعرض ومنع الاستجابة Derubeis & Crits-Christoph, 1998 .

علاج اضطراب تشوه الجسم: إن المبادئ الأساسية للتعرض ومنع الاستجابة قد تم هيكلتها في عدة طرق للتصدي لأعراض تشوه الجسم، فمثلا لإتاحة التعرض لأغلب الأنشطة المخيفة قد يطلب من العملاء التفاعل مع أفراد لهم مظاهر محرجة، ولمنع الاستجابة يطلب من العملاء تفادي الأنشطة التي يستخدمونها ليعيدوا تأكيد مظهرهم لأنفسهم مثل النظر في المرايا والأسطح العاكسة الأخرى، فطبقا لما يتم إيضاحه في حالة "بول" الإكلينيكية فإن هذه الأساليب السلوكية قد تم تزويدها باستراتيجيات للتصدي

للخصائص المعرفية للاضطراب، مثل الميل نحو استحضار المظهر. بينما يتم تجاهل المؤثرات الأخرى والتقديرات الحرجة المبالغ فيها للخصائص البدنية للشخص والاعتقاد بأن قيمة الذات تتوقف على مظهر المرء.

أظهر العديد من الدراسات أن العلاج المعرفي السلوكي cognitive behavioral treatment ينتج نقصا كبيرا في أعراض تشوه الجسم مقارنة بالحالات الضابطة Looper, 2002 . ورغم أن العلاجات التي تتضمن مكونا معرفيا أكثر قوة من العلاجات التي تتصدى فقط للسلوكيات Williams, Hadjistavropoulos & Sharpe, 2006 . ولكن كلا العلاجين ينتج آثارا دائمة Ipser, Sander & Stein, 2009 .

الحالة الإكلينيكية "بول" Paul

هو أخصائي علاج طبيعي يبلغ من العمر 33 عاما يسعى للعلاج بإحدى العيادات المتخصصة في اضطراب تشوه الجسم، حيث إنه حزين بشدة ومنهمك في أنفه وخط فكيه، ورغم أنه شخص جذاب من خلال المقاييس الموضوعية إلا أنه يقول إن أنفه طويلة جدا ومتحدرة وفكه أنثوي هزيل، قال إن تفحص مظهره وقلقه عنه يحتل كل ناحية من نواحي حياته.

ذكر بول أنه كان طفلا خجولا بدأ في أول الأمر مرعوبا من مظهره أثناء مرحلة المراهقة، وخلال هذه السنوات لاحظ أن أصدقاءه لهم خطوط فك مربعة أكثر منه فصار مكتئبا حيث إن فكه هزيل ذات مظهر صغير السن. وخلال العقدين الأخيرين تداخل انهماكه في مظهره مع مواعيد لقاء الأصدقاء ولكنه احتفظ بعدد قليل من الأصدقاء المقربين، وبمرور الوقت سعى للعلاج وكان يقضي 4 ساعات أو أكثر يوميا يفكر في أنفه، وكان يقضي ساعات تبدأ في المرآة، وأحيانا يقيس أنفه وأحيانا يقوم بأداء تمرينات طورها بنفسه في محاولة لإضافة عضلات في تلك المناطق حول أنفه، وسعى لإجراء جراحة ولكن الجراح الذي استشاره رفض إجراء جراحة في أنفه الخالية من العيوب، وتهرب غالبا من الخروج من المنزل وعندما يخرج كان يضطر إلى تفحص مظهره بصورة متكررة طوال المساء، وأصبح قلقا ومهموما حيث إن زبائنه كانوا يركزون بشدة في عيوبه الطفيفة البدنية عند انتباههم لإرشاداته، وأحيانا لا يستطيع التوجه للعمل لشعوره بالقهر أمام قلقه.

وقد وافق بول طبيبه المعالج على استخدام علاج معرفي سلوكي CBT للتصدي لتشوه الجسم Wilhelm, Hayward, et al., 2010 وأول خطوة في هذا العلاج هي التربية النفسية، وكجزء من هذا العلاج راجع بول وطبيبه المعالج مرحلة طفولته المؤثرات الحالية على أعراضه فوصف بول والديه بمعايير ومستويات قياسية عالية تماما في المظهر مع هوس والده بالأناقة المفرطة وكافح طوال حياته مع إحساس بأنه لا يستطيع

العيش بمستوياتهم، وتعرف بول وطبيبه المعالج على مفاهيم عديدة حالية أفكار تسهم في قلقه مع اعتقاده بأن الآخرين يلاحظون مظهره ويقدرونه تقديرا سلبيا، وردا على مشاعر الخجل والقلق والاكتئاب لديه فقد أوجد سلسلة من سلوكيات التهرب تتدخل مع بناء علاقات صحية واجتماعية وعملية .

الخطوة التالية تمثلت في بدء مواجهة مفاهيمه السلبية عن مظهره حيث طلب من بول تسجيل أغلب أفكاره السلبية كل يوم، كما أنه تعلم وسائل لتقييم ما إذا كانت تلك الأفكار فظة على نحو شديد وأصبح قادرا على تحديد أفكار كأي عيب يعني أنه قبيح وهل يفكر زبائنه في مدى قبح أنفه، وبدأ مراعاة سبل بديلة في التفكير.

وعندما طور بول المزيد من الطرق الإيجابية للتفكير في مظهره بدأ طبيبه المعالج استهداف سلوكه في التهرب وسلوكه في أداء الطقوس، فقد كان بول يميل إلى التهرب من المناسبات الاجتماعية والأضواء الساطعة والتقاء عينيه بعيون الآخرين، وفهم أن هذه السلوكيات تتداخل مع حياته وتكون العلاج من التعرض حيث تدرب بول تدريجيا على المشاركة في الأنشطة الاجتماعية والتقاء عينيه مع الآخرين وحتى التحدث مع الآخرين تحت الأضواء الساطعة، واشتملت طقوسه على تفحص مظهره والمشاركة في التدريبات الوجهية ودراسة أنوف الآخرين وتصفح مواقع جراحات التجميل، ومورست هذه الطقوس ردا على القلق المكثف ولكن الطبيب المعالج كان قادرا على مساعدته في فهم أن الطقوس لم تتعرض حقا لقلقه ولم تخفف مشاغله، فقد تم مواجهة طقوسه باستخدام منع الاستجابة إذ طلب من بول تفادي أداء الطقوس ومراقبة مزاجه والقلق عند القيام بذلك.

بعد خمس جلسات من العلاج بدأ طبيبه المعالج إعادة تدريبه الإدراكي، وطبقا لما سبق وصفه فإنه عندما ينظر المصابون بتشوه الجسم لأنفسهم في المرآة فإنهم يركزون على تفاصيل بسيطة في مظهرهم السيىء ويقيمون تقييما كليا، وكواجب منزلي يومي طلب من بول قضاء وقت ناظرا في المرآة ولكن مع التركيز على مظهره كله، كما طلب منه وصف أنفه باستخدام لغة موضوعية غير تقييمية وخلال الأيام العديدة الأولى كان ذلك باعثا على القلق الشديد ولكن قلقه استجابة لهذا التمرين تناقص بسرعة خلال أسبوع، وبسرعة أصبح قادرا على الثناء على بعض من خصائصه التي سبق له أن تجاهلها فمثلا أنه لاحظ أن له عينين جميلتين.

من الشائع للذين يعانون تشوه الجسم تركيز الانتباه على مظهرهم الفردي، وقد تدرب بول على إعادة تركيز انتباهه على الأفراد ووقائع خارج نفسه، فمثلا عند تناول العشاء مع أحد الأصدقاء فقد تدرب على الإصغاء لصوت أصدقائه وطعم الأكل ومحتوى محادثتهم.

وعندما حقق بول مكاسب في تلك المناطق بدأ طبيبه المعالج العمل على ما هو أصعب وجوانب المفاهيم الأساسية، فقد كان يحتفظ بمعتقدات سلبية عميقة حول معنى

مظهره ووصف إحساسه بأن عيوبه البدنية جعلته غير محبوب، وقد ساعده طبيبه المعالج بأن بدأ الاهتمام بخصائصه الإيجابية الكثيرة.

احتوت الجلسة العاشرة والأخيرة للعلاج على مراجعة المهارات التـي تعلمهـا ومناقشـة الخطط التي يجب أن يستخدمها إذا عادت الأعراض، وعـلى مـدار العـلاج سـكنت الأعـراض لدى بول حتى إنه مع حلول الجلسة الأخيرة لم يعد متخوفا أو مكتئبا من أنفـه Wilhelm et al., 2010 .

علاج اضطراب الاكتناز: يعتمد علاج الاكتناز على العلاج بالتعرض ومنع الاسـتجابة ERP الذي يستخدم مع الوسواس القهري Steketee & Frost, 2003 . ويركـز عـنصر التعـرض مـع العلاج على الموقف الأكثر رعبا للمصابين باضطراب الاكتناز ألا وهو التخلص من أشـيائهم، أمـا الامتناع عن الاستجابة فيركز على وقف الطقوس التي يشاركون فيها للحد من قلقهم مثـل عـد مقتنياتهم أو تصنيفها.

وبرغم هذه العناصر الشائعة إلا أن العلاج قد تـم إعـداده بعـدة طـرق لعـلاج الاكتنـاز، وطبقا لما تم إيضاحه في حالة "دنا" فإن كثيرا من المصابين بالاكتناز لا يدركون خطورة المشـاكل الناجمة عن أعراضهم، ولا يمكن أن يبدأ العلاج بالتصدي لأعراض الاكتناز حتى تتكون للشخص بصيرة، ولتسهيل ذلك تستخدم الخطط التحفيزية لمساعدة الفرد في مراعاة الأسباب التي يجب أن تتغير. وبمجرد أن يقرر الأفراد التغيير يساعدهم الأطباء المعـالجون في اتخـاذ قـرارات حـول أشيائهم التي يكنزونها وتقديم الأدوات للمساعدة في ترتيبهـا وجدولـة جلسـات للتعامـل مـع المواد المبعثرة. ويضيف الأطباء المعالجون للجلسـات المكتبيـة زيـارات منزليـة، وفي أول تجربـة عشوائية منضبطة لهذه الطريقة بين الاضطراب المتلقين للعلاج المعـرفي السـلوكي تحسـنا كبـيرا كـدال إحصـائي مقارنـة بـالموجودين في قائمـة الانتظـار Steketee et al., 2010 . وخـلال 26 أسبوعا من العلاج فإن حوالي 70% من المرضى قد أظهروا تحسنا متوسطا على الأقل في أعـراض الاكتناز.

تركز التدخلات المعرفية والسلوكية على مساعدة العملاء في التخلص من أشيائهم بسرعـة كلما أمكن على أمل تفادي الوقوع في التردد والقلق الـذي قـد يـأتي مـن التركيـز الشـديد عـلى تقييم المقتنيات. ومن سوء الحظ يميل المرضى إلى وقـف العـلاج وحتـى الـذين واصـلوا العـلاج أظهروا غالبا استجابة ضئيلة Abramowitz, Franklin, Schwartz, et al., 2003; Mataix-Cols, Marks, Greist, et al., 2002 .

العلاقـات الأسريـة غالبـا تكـون محطمـة تمامـا لهـؤلاء الـذين يعـانون اضـطراب الاكتناز وعادة يحاول الأقرباء بطـرق مختلفـة مسـاعدتهم بـالتخلص مـن حيـاة الفـوضى، وعندما تفشل محاولاتهم يصبحون أكثر تخوفا وغضـبا، ويلجـأ الكثـيرون لخطـط إكراهيـة

تتضمن إزالة مقتنيات المكتنزين أثناء وجودهم بالخارج والخطط التي تخلق عدم ثقة وعداوة، يبدأ وصول العائلة للاكتناز عن طريق بناء علاقة حول هذه القضايا الصعبة Tompkins & Hartl, 2009 . وبدلا من أن تهدف إلى إزالة الفوضى كليا يحث أفراد العائلة على تحديد جوانب الاكتناز والفوضى التي تشكل خطورة كبيرة، ويمكنهم استخدام قلقهم المتعلق بهذه المسائل لبدء حوار ووضع أولويات مع الفرد الذي يعاني اضطراب الاكتناز.

الملخص السريع:

الوسواس القهري وتشوه الجسم والاكتناز اضطرابات وراثية بدرجة معتدلة والذين يعانون تشوه الجسم والاكتناز يذكرون غالبا تاريخ العائلة مع اضطراب الوسواس القهري، ويتميز الوسواس القهري وتشوه الجسم بنشاط مرتفع في القشرة الأمامية المدارية والنواة المذنبة، وأن الوسواس القهري يتضمن - إضافة إلى ذلك - نشاطا مرتفعا في الحزامية الأمامية.

الوسواس القهري اضطراب وراثي بدرجة معتدلة، يتميز من الناحية النفسية بعجز في "ياداسنشنز"، ويفترض المتخصصون في السلوك نظريا أن الأفعال القهرية يتكرر فعلها الإلزامي بسبب توفيرها للراحة من القلق، وأن تكرار الأفعال القهرية قد يكون مرتبطا بالحاجة للثقة في الذاكرة وتركز النماذج المعرفية للوساوس على كبح الأفكار.

الذين يعانون تشوه الجسم لا يعانون تشوهاً في المفاهيم البصرية لجسمهم، غير أن النموذج المعرفي لتشوه الجسم يركز على الأسلوب التحليلي الموجه للتفاصيل والاتجاه نحو التقييم المفرط لمعنى المظهر لقيمة الذات والانتباه المفرط للملامح المرتبطة بالمظهر، وتتضمن العوامل السلوكية الانخراط المفرط في الأنشطة المرتبطة بالمظهر والمقترنة بالتهرب من المواقف التي قد تتضمن تقديرات للمظهر.

تركز النماذج السلوكية لاضطراب الاكتناز على قدرات تنظيمية فقيرة صعوبة في الانتباه وتوزيع الفئات واتخاذ القرار واعتقادات غير عادية عن المقتنيات وسلوكيات للتهرب.

يعتبر السيروتونين الاختياري أكثر علاج دوائي تم دراسته لاضطراب الوسواس القهري والاضطرابات المرتبطة به، كما أنه تلقى بعض التأييد والدعم وطريقة العلاج النفسي الرئيسة للوسواس القهري والاضطرابات المرتبطة به هي التعرض ومنع الاستجابة، ويتضمن علاج اضطراب الاكتناز غالبا خططا تحفيزية لتنمية البصيرة والإرادة للاهتمام بالتغيير.

كرب ما بعد الصدمة والكرب الحاد Posttraumatic Stress and Acute Stress Disorder

يشخص كرب ما بعد الصدمة والكرب الحاد فقط عندما يتعرض الفرد لصدمة، وعلى هذا النحو فإن معايير هذه التشخيصات تتضمن سبب الأعراض حيث تتباين بصورة حادة بالنسبة لبقية قائمة الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية، حيث تبنى التشخيصات على الأعراض تماما.

الوصفات الإكلينيكية ووبائيات كرب ما بعد الصدمة والكرب الحاد:

اضطراب كرب ما بعد الصدمة PTSD يتضمن استجابة بالغة لمصادر المشقة تتضمن القلق المتزايد تفادي المؤثرات المرتبطة بالصدمة وأعراض للإثارة المتزايدة، ورغم أن الأفراد يعرفون منذ سنوات كثيرة أن ضغوط القتال يمكن أن يكون لها آثار معاكسة على الجنود فإن تداعيات الحرب الفيتنامية شجعت على تطوير هذا التشخيص.

تعتبر هذه التشخيصات مهمة فقط في سياق الصدمات الخطيرة، ومن الضروري أن يتعرض الفرد أو أن يشاهد حدثا يتضمن تعرضه لموت حقيقي أو إصابة خطيرة أو تعرضه لانتهاك جنسي، وطبقا لما لوحظ أعلاه فإن قدامى المحاربين في الحرب تعرضوا غالبا لهذه المجموعة من الصدمات الخطيرة، وبالنسبة للسيدات فإن الاغتصاب هو أشهر صدمة تسبق اضطراب الكرب ما بعد الصدمة Greamer, 2001 ، وثلث السيدات على الأقل يتوفر لديهمن مقاييس اضطراب الكرب ما بعد الصدمة بعد الاغتصاب Breslau, Chilcoat, Kessler, et al., 1999 .

وفي قائمة الدليل الخامس DSM-5 تم تجميع أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة في أربع فئات رئيسة:

- تكرار التعرض لحادث الصدمة بشكل تدخلي، وقد يكون للشخص ذكريات متكررة أو كوابيس للحادث وقد يكون الفرد منزعجاً بشدة من جراء رؤية ردود أفعال فسيولوجية تذكر بالحادث مثل أصوات الطائرات العمودية التي تذكر المحارب القديم بالمعركة، والظلمة التي تذكر المرأة بالاغتصاب .

المعايير التشخيصية لاضطراب كرب ما بعد الصدمة طبقًا للدليل الخامس DSM-5

أ - تعرض الفرد لموت حقيقي أو تهديد حقيقي بالموت أو تعرضه لإصابة خطيرة أو لعنف جنسي بطريقة أو أكثر مما يلي: التعرض للحادث شخصيا أو مشاهدة الحدث شخصيا أو العلم بأن الوفاة من جراء العنف أو الوفاة في الحادث أو التهديد بالموت قد حدث عن قرب أو التعرض بصورة متكررة أو التعرض الشديد لتفاصيل بغيضة للحدث أو الأحداث وليس من خلال تقارير الإعلام.

ب- أحد الأعراض المتداخلة التالية على الأقل:

- ذكريات تطفلية مؤلمة مكرهة للصدمة أو لدى الأطفال لعب متكرر يخص موضوعات الصدمة.
- أحلام مفزعة متكررة ترتبط بالحادث أو الأحداث.
- تفاعلات مفككة مثل استرجاع الأحداث حيث يشعر أو يفعل الفرد وكأن الصدمة أو الصدمات تتكرر أو لدي الأطفال - إعادة تمثيل الصدمة أثناء اللعب.
- نشاط فسيولوجي مكثف أو مطول مفزع استجابة لمفكرات عن الصدمة أو الصدمات.

ج- عرض واحد على الأقل من أعراض التجنب أو التهرب التالية:

- التهرب من المفكرات الداخلية للصدمة أو الصدمات.
- التهرب من المفكرات الخارجية للصدمة أو الصدمات.

د- تغييران على الأقل من التغييرات السلبية التالية في المفاهيم والمزاج:

- عدم القدرة على تذكر جانب مهم من الصدمة أو الصدمات.
- معتقدات أو توقعات سلبية مستمرة مفرطة عن ذات المرء أو الآخرين أو العالم.
- لوم مفرط مستمر للنفس أو الآخرين عن الصدمة أو الصدمات.
- حالة انفعالية سلبية مستمرة أو لدى الأطفال أصغر من 7 سنوات مزيد من العواطف السلبية المتكررة.
- اهتمام أو مشاركة قليلة ملحوظة في الأنشطة المهمة.
- شعور بالانفصال أو النفور من الآخرين أو في الأطفال أقل من 7 سنوات بتراجع اجتماعي.
- عدم قدرة مستمرة على مواجهة الانفعالات الإيجابية.

هـ- تغيران على الأقل في الإثارة ورد الفعل :

- سلوك هياجي أو عدواني.
- يقظة مفرطة.
- ردود فعل مفاجئة مبالغ فيها.
- مشاكل في التركيز.
- اضطراب في النوم.

ف- تبدأ الأعراض أو تتفاقم بعد الصدمة أو الصدمات وتستمر شهرا على الأقل.

ك- بين الأطفال أقل من 7 سنوات تتطلب الأعراض معايير أ، ب، ج، هـ، و، ولكن واحداً فقط من الأعراض سواء من ج أو د.

- التهرب من المؤثرات المرتبطة بالحادث وقد يحاول البعض تفادي كل المفكرات الخاصة بالحادث، فمثلا أحد الأتراك الناجين من الزلزال امتنع عن النوم داخل

الغرف بعد أن دفن حيا في المساء McNally, 2003 ، ويحاول أفراد آخرون تفادي التفكير في الصدمة، وقد يتذكر البعض الشظايا المبعثرة من الحادث، وهذه الأعراض قد تبدو متناقضة مع التعرض المتكرر للأعراض، ورغم أن الفرد يستغل التهرب لمحاولة منع ما يذكره ولكن هذه الاستراتيجية تفشل غالبا وبالتالي يتكرر التعرض للأعراض.

- الإشارات الأخرى للتغير المزاجي والمعرفي بعد الصدمة وهذه يمكن أن تتضمن عدم القدرة على تذكر الجوانب المهمة للحادث أو المفهوم السلبي المستمر أو لوم الذات أو لوم الآخرين عن الحادث أو العواطف السلبية المنتشرة أو عدم وجود اهتمام أو عدم المشاركة في الأنشطة المهمة أو الشعور بالانفصال عن الآخرين أو عدم القدرة على مواجهة العواطف الإيجابية .
- أعراض الإثارة المتزايدة والتفاعل، وهذه الأعراض تتضمن السلوك الاهتياجي أو العدواني أو السلوك الطائش أو الهدام للنفس وصعوبة في النوم أو البقاء نائما وصعوبة في التركيز وفرط اليقظة وردود الفعل المفاجئة المبالغ فيها. أكدت الدراسات المعملية أن الذين يعانون كرب ما بعد الصدمة يظهرون إثارة مرتفعة طبقا لقياسها بواسطة الاستجابات الفسيولوجية للصور المرتبطة بالصدمة Orr, 2003 .

وعقب تطور كرب ما بعد الصدمة تصبح الأعراض مزمنة نسبيا، وفي دراسة لأشخاص يعانون كرب ما بعد الصدمة استمر نصف هؤلاء الأفراد في مواجهة أعراض تشخيصية عند مقابلتهم شخصيا بعد عدة سنوات Perkonigg, 2005 ، وتشيع أفكار الانتحار بين هؤلاء الذين يعانون كرب ما بعد الصدمة Bernal, Haro, Bernert, et al., 2007 ، كحوادث إيذاء غير انتحاري للذات Weierich & Nock, 2008 . وفي دراسة على عدد 15288 من قدامى المحاربين في الجيش تمت متابعتها لمدة 30 سنة بعد خدمتهم العسكرية الابتدائية ارتبط كرب ما بعد الصدمة بزيادة خطر الموت المبكر من اضطراب طبي ومن الحوادث وحالات الانتحار Boscarino, 2006 .

وتختلف معايير الدليل DSM-5 بالنسبة لكرب ما بعد الصدمة عن معايير الدليل الرابع المعدل DSM-IV-TR في عدة طرق، أولا، DSM-IV-TR تتطلب تعرض الفرد لخوف عارم أولا يجد مساعدة أو تعرضه لرعب وقت الحادث، وكثير من الذين يعانون كرب ما بعد الصدمة يبلغون عن شعورهم وكأنهم منعزلون عن أنفسهم أو عواطفهم وقت الصدمة، ولكي ينعكس ذلك فإن معيار مواجهة الفرد عاطفة مكثفة وقت الصدمة يسقط من DSM-5. ثانيا، معيار DSM-IV-TR عن الصدمة تم نقده بسبب اتساعه الشديد وحتى التعرض غير المباشر للصدمة الممكن أن يتضمن مشاهدة التقارير الإخبارية عن الحرب والإرهاب تتطابق مع شكل الصدمة المتعلق بالكرب ما بعد الصدمة طبقا لمعايير

DSM-IV-IR ‏McNally, 2009. وفي قائمة DSM-5 فإن معايير تحديد الأحداث الصدمية أكثر ضيقا فمثلا التعرض لحسابات الأعلام لا يعتبر صدمة. ثالثا، كثير من الأعراض الموصوفة في معايير DSM-IV-TR مثل صعوبة التركيز وصعوبة النوم وتراجع الاهتمام بالأنشطة هي معايير لاضطراب الاكتئاب الرئيس، وتحدد معايير DSM-5 أن هذه الأعراض يجب أن تبدأ بعد الصدمة. رابعا، لتشخيص كرب ما بعد الصدمة تتطلب قائمة DSM-IV-TR وجود أعراض التهرب أو التفادي مثل التهرب من مفكرات الصدمة أو ترقيم الأعراض مثل تناقص الاهتمام بالآخرين والشعور بالجفاء من الآخرين وعدم القدرة على الشعور بالعواطف الإيجابية . وتشير الأدلة إلى أن التهرب والترقيم مميزان Asmundson, Stapleton & Taylor, 2004 . تتطلب معايير DSM-5 ضرورة وجود أعراض التهرب لتشخيص كرب ما بعد الصدمة، وتراعى أعراض الترقيم جنبا إلى جنب مع كثير من علامات التغيير في المعرفة والمزاج. أخيرا، قائمة DSM-5 تقدم أيضا معايير أكثر في تشخيص كرب ما بعد الصدمة لدى الأطفال.

المعايير التشخيصية لاضطراب الكرب الحاد طبقًا للدليل DSM-5

- التعرض للموت الحقيقي أو لخطر الموت أو التعرض لإصابة خطيرة أو للانتهاك الجنسي بطريقة أو أكثر مما يلي: مواجهة الحادث شخصيا أو مشاهدة الحدث، العلم بأن الموت العنيف أو الموت العارض أو التهديد بالموت بالقرب من آخر أو مواجهة تعرض متكرر أو شديد لتفاصيل منفرة عن الحادث أو الأحداث وليس من خلال التعرض لوسائل الإعلام.
- بدء ظهور 8 أعراض أو تزداد سوءا على الأقل مما يلي منذ وقوع الصدمة وتستمر 3 إلى 31 يوما:
- ذكريات متكررة قهرية تطفلية للحادث الصادم أو لدى الأطفال لعب متكرر يتضمن جوانب للحدث الصادم.
- أحلام متكررة مؤلمة مرتبطة بالحادث الصادم.
- تفاعلات منفرة مثل صور الماضي حيث يشعر الفرد أو يفعل وكأن الحادث الصادم يتكرر أو في الأطفال إعادة تمثيل الصدمة أثناء اللعب.

المعايير التشخيصية لاضطراب الكرب الحاد طبقًا للدليل الرابع المعدل DSM-IV-TR

- التعرض لحادث صادم يسبب خوفا أو عجزا أو رعبا.
- أثناء أو بعد الحادث يواجه الفرد أعراضا فصامية.
- تكرار مواجهة الحادث تطفليا في الأحلام والأفكار أو في التفاعل المكثف في المفكرات.
- شعور الفرد بخدر أو بانفصال أو عدم قدرة على تذكر الحادث.
- إثارة متزايدة أو أعراض قلق تحدث خلال الشهر الأول بعد الصدمة.

- حزن أو ألم نفساني مكثف أو طويل أو تفاعل فسيولوجي عند التعرض لمفكرات عن الحادث الصادم.
- عدم قدرة متواصلة في مواجهة الأحداث الإيجابية.
- إحساس متغير بحقيقة أحد المحيطين أو الفرد نفسه رؤية المرء من منظور شخص آخر في حالة ذهول .
- عدم القدرة على تذكر جانب مهم من الحادث الصادم.
- التهرب من المفكرات الداخلية للصدمة أو الصدمات.
- التهرب من المفكرات الخارجية للصدمة أو الصدمات.
- اضطراب النوم.
- فرط اليقظة.
- السلوك الاهتياجي أو العدواني.
- الاستجابة المبالغ فيها أو الفجائية.
- الاهتزاز أو انعدام الراحة.
- مشكلات مع التركيز.

إضافة إلى كرب ما بعد الصدمة تتضمن قائمة DSM تشخيص اضطراب الكرب المزمن أو ASD acute stress disorder ويشخص عند حدوث الأعراض بعد الصدمة بثلاثة أيام وشهر، وأعراض الكرب الحاد تشبه إلى حد ما أعراض كرب ما بعد الصدمة ولكن مدتها أقصر، وقد حددت قائمة DSM-IV-TR ضرورة ظهور أعراض فصامية لأن ذلك ليس صحيحاً تجريبيا ولا يوازي معايير كرب ما بعد الصدمة، وهذا المعيار لا تتضمنه معايير DSM-5 لاضطراب الكرب الحاد. وفي مجمل الأمر فإن معايير الكرب الحاد قد تغيرت حتى تتشابه أكثر مع كرب ما بعد الصدمة انظر مربع معايير الكرب الحاد في DSM-IV-TR & DSM-5 لملاحظة هذه التغيرات بمزيد من التفاصيل .

إن تشخيص الكرب الحاد لم يقبل مثل تشخيص كرب ما بعد الصدمة حيث يوجد أمران رئيسان حول هذا التشخيص، أولا، انتقاد البعض لتشخيص الكرب الحاد بسبب أنه يشوه تفاعلات في الصدمات الخطيرة على المدى القصير رغم أن هذه التفاعلات شائعة جدا Bryant & Harvey, 2002 ، فمثلا بعد الاغتصاب فإن ما يزيد على 90% من السيدات يشرن إلى بعض أعراض متلازمة فرعية Rothbum, 1992 ، ومن بين الذين تعرضوا للقتل الجماعي فإن حوالي ثلث هؤلاء الأفراد يظهرون أعراضا لاضطراب الكرب الحاد Classen, 1998 ، ثانيا، أغلب الذين تتطابق عليهم المعايير التشخيصية لاضطراب كرب ما بعد الصدمة لا يتعرضون لاضطراب الكرب الحاد في الشهر الأول بعد الصدمة Bryant, Creamer, O' Donnell, et al., 2008 ، وحيث إن معايير

DSM-5 للكرب الحاد تتوازى أكثر كثيرا مع معايير كرب ما بعد الصدمة فقد يتوقع الفرد إمكانية التنبؤ بتشخيص الكرب الحاد في DSM-5 أكثر من كرب ما بعد الصدمة على DSM-IV-TR.

وبسبب قلة ما عرف عن اضطراب الكرب الحاد فسوف نركز على كرب ما بعد الصدمة عندما نناقش وبائيات وأسباب الاضطراب، وهناك سبب واحد لمراعاة هذا التشخيص رغم ذلك وهو أن اضطراب الكرب الحاد لا ينذر بخطر متزايد لتطوير كرب ما بعد الصدمة خلال عامين Bryant & Harvey, 2002 ، وعندما نمعن النظر في العلاجات فإننا سنراجع الأدلة التي تشير إلى أن علاج الكرب الحاد ربما يساعد على منع تطور كرب ما بعد الصدمة.

اضطراب كرب ما بعد الصدمة يميل إلى التزامن بدرجة عالية مع حالات أخرى، ففي دراسة لعينة مجتمعية ممثلة قام الباحثون بإجراء تقديرات تشخيصية متكررة من سن 3 سنوات حتى سن 26 سنة من بين الذين ظهر عليهم اضطراب كرب ما بعد الصدمة مع بلوغ سن 26 سنة أظهر كلهم تقريبا 93% اضطرابا نفسيا آخر قبل سن 21 سنة وكانت أكثر الاضطرابات انتشارا هي اضطرابات القلق الأخرى والاكتئاب الشديد وسوء استخدام المادة وسوء السلوك Koenen, Moffitt, Poulton, et al., 2007 ، وأن ثلثين من الذين يعانون كرب ما بعد الصدمة في سن 26 سنة تعرضوا لاضطراب قلقي آخر مع بلوغ سن 21 سنة.

ومن بين الذين يتعرضون للصدمة تكون السيدات ضعف الرجال تقريبا في ظهور اكتئاب ما بعد الصدمة Breslau et al., 1999 وهذا يتفق مع نسبة الجنس التي لوحظت في أغلب اضطرابات القلق، كما أن السيدات قد يواجهن ظروفا حياتية مختلفة عن الظروف التي يواجهها الرجال فمثلا السيدات أكثر عرضة من الرجال تعرضا للاعتداء الجنسي أثناء الطفولة وأثناء البلوغ من الرجال Tolin & Foa, 2006 . وفي دراسات لتنظيم تاريخ الإساءة والاعتداء الجنسي كان للسيدات والرجال نسب مقارنة في كرب ما بعد الصدمة Tolin & Foa, 2006 .

قد تشكل الثقافة خطر كرب ما بعد الصدمة في عدة طرق، فبعض المجموعات الثقافية قد تتعرض للصدمة بمعدلات أعلى وبالتالي تبين معدلات أعلى في كرب ما بعد الصدمة وهذا يمثل حالة اللاتينيين الذين يعيشون في الولايات المتحدة الذين ربما يرتبطون بالتعرض المتكرر للعنف السياسي الذي واجهوه في بلدانهم الأصلية Pole, 2008 ، وكذلك للأقلية السكانية في الولايات المتحدة Ritsher, 2002 . كما أن الثقافة قد تشكل أنواع الأعراض التي تلاحظ في كرب ما بعد الصدمة فنوبة الضحك المعروفة أصلا في

بورتريكو تتضمن أعراضا بدنية ومخاوف من أن تتحول لجنون عقب الكرب العنيف، ولهذا فهي تشبه كرب ما بعد الصدمة.

الحالة إكلينيكية "جون" John

هو رجل يبلغ من العمر 54 عاما أحيل للعلاج من قبل طبيبه بمستشفى VA، انفصل "جون" عن زوجته وكان عاطلا وذكر أنه بلا أصدقاء مقربين وقرر أنه كان يشعر بأنه أسير لصور حرب فيتنام منذ عودته من الخدمة العسكرية قبل عقود، وزادت هذه الأعراض سوءا عندما بدأ يشاهد تغطية لحرب العراق في التليفزيون وأشار إلى أنه كان يتعرض لكوابيس متكررة خاصة في الغابة في فيتنام فكان يستيقظ وقلبه يدق بشدة، وحاول تفادي هذه الذكريات عن الحرب المتضمنة المواكب العسكرية والمحادثات السياسية والمروحيات ولكن بلا فائدة، وكان يرتبك غالبا وسط المفكرات فجأة وعندما كان يفعل ذلك كان يجد نفسه مقهورا برعب وجداني واهتزاز بدني، وذكر أنه كان يشعر باليأس منذ عودته من الحرب.

وانفصل عدة مرات عن زوجته التي كانت ترد بثورات غضب لابتعاده العاطفي وكان يؤمن بأن زوجته تحبه ولكن عندما سألته إذا كان يرغب في العمل نحو عودتها إليه قرر أنه غير متأكد من شعوره نحوها وأنه لا يشعر حقا بارتباطه بها أو أي واحدة أخرى منذ الحرب.

وبائيات اضطراب كرب ما بعد الصدمة:

ذكرنا أعلاه أن ثلثين من الذين يظهرون كرب ما بعد الصدمة لديهم تاريخ اضطراب قلق آخر، ومما لا يدعو إلى الدهشة وعندئذ فإن كثيرا من عوامل الخطر لاضطراب كرب ما بعد الصدمة تتداخل مع عوامل خطر لاضطراب آخر من اضطرابات القلق التي وصفناها في الفصل 6 انظر جدول 6-5 ، فمثلا يظهر اضطراب كرب ما بعد الصدمة مرتبطا بخطر وراثي لاضطرابات القلق Tamb, Czjkowsky, Roysamb, et al., 2009 ومستويات عالية من النشاط في مجالات دائرة الخوف مثل اللوزة المخية Rauch, 2000 ، تعرض الطفولة للصدمة Breslau, 1995 والميل للاشتراك اختياريا في أشكال التهديد Bar-Haim, 2007 ، وكما في اضطرابات القلق الأخرى فإن الاضطراب العصبي والتأثير السلبي ينبئ بظهور كرب ما بعد الصدمة Pole, Neylan, Otte, et al., 2009; Rademaker, Vermetten, et al., 2011 وبتوازي كرب ما بعد الصدمة مع اضطرابات القلق الأخرى فقد ارتبط هذا الاضطراب بنموذج تكيف ثنائي العامل، وفي هذا النموذج يفترض نشوء الخوف المبدئي من تهيؤ تقليدي Keane, 1985 فمثلا قد تخاف المرأة من السير في المجاورة التي اغتصبت فيها حافز آثاري مهيأ ثم حافز آثاري غير مهيأ وهذا

الخوف المكيف بصورة تقليدية يكون مكثفا جدا لدرجـة أن المـرأة تتفـادى المجـاورة بـأكبر قـدر ممكن، ويسهم تكيف أو تهيؤ العامل في بقاء سلوك التهرب أو التفادي ويتعـزز بتراجـع الخـوف الذي ينشأ من عدم وجوده في الحافز الإثاري المهيأ ويتداخل سلوك التفادي أو التهرب مع فـرص إخماد الخوف.

وبمراعاة هذه التوازيات ذهنيا فإننـا سـنركز في هـذا الفصـل عـلى العوامـل التـي تـرتبط بصورة فريدة مع كرب ما بعد الصدمة، ونبدأ بوصف كتلة ضخمة مـن الأدلـة تـرى أن أنواعـا محددة من الصدمات قد تحدث كرب ما بعد الصدمة أكثر من أنواع أخرى، ورغم ذلك وحتى بين الذين يواجهون صدمات فإن كل فرد مـن هـؤلاء لا يظهـر عليـه اضـطراب كـرب مـا بعـد الصدمة ولذلك أجرى العديد من البحوث على المتغيرات العصبية والحيوية ومتغيرات المواجهة التي تساعد على التنبؤ بظهور كرب ما بعد الصدمة.

طبيعة الصدمة : الشدة ونوع مسألة الصدمة:

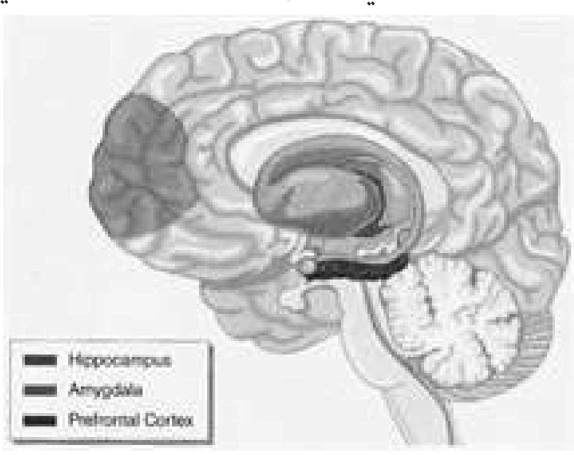
تؤثر شدة الصدمة سواء ظهر أو لم يظهـر عـلى الفـرد اضـطراب كـرب مـا بعـد الصـدمة، وبالنظر إلى الذين يتعرضون للحرب فإن حوالي 20% من المقاتلين الأمريكيين جرحوا في فيتنـام ظهـر علـيهم كـرب مـا بعـد الصـدمة مقارنـة بنسـبة 50% مـن الـذين وقعـوا في الأسر هنـاك Engdahl, 1997 ، وخلال عملية عاصفة الصحراء في صراع 1991/1990 عقـب غـزو العـراق للكويت فمن بين الذين قاموا بجمع ووضع بطاقات التعريف ودفن أجزاء الجسم المبعثرة للموتى فإن 65% من هـؤلاء ظهـر عليـه كـرب مـا بعـد الصدمة Sutker, 1994 ، وكما يتبين مـن شـكل 7-2 فـإن عـدد جنـود الحرب العالمية الثانية الـذين أدخلـوا العناية النفسية ارتبط ارتباطا وثيقـا بعدد المصـابين في معـاركهم Jones & WEssely, 2001 . وأثنـاء الحـرب العالميــة الثانيــة اعتقــد الأطبــاء أن 98% من الرجال سيظهر عليه مشاكل نفسية مع 60 يوما من القتـال المسـتمر Grossman, 1995 .

يوضح شكل 7-2 نسب المقاتلين الكنديين الطالبين للرعاية النفسية كوظيفة لعدد الخسائر في الحرب العالمية الثانية

إن ظهور كرب ما بعد الصدمة بين سكان مدينة نيويورك بعد الهجوم الإرهابي على مركز التجارة العالمي في 11 سبتمبر 2001 بين تطابقا مماثلا مع شدة الصدمة، وطبقا لإحصائية هاتفية بعد الهجمة قدر الباحثون بأن 7% من الكبار المقيمين جنوب شارع 110 في مدينة نيويورك ولكن شمال مركز التجارة العالمي كذلك أبلغوا عن أعراض معتمدة تشخيصيا لكرب ما بعد الصدمة ولكن 20% من هؤلاء المقيمين في جنوب شارع القنال قريب من موقع الكارثة أبلغوا عن تلك الأعراض Galea, 2002 ، خلاصة القول أن من بين الذين يتعرضون للصدمات فإن الذين يتعرضون لأكثر هذه الصدمات شدة يبدو عليهم اضطراب كرب ما بعد الصدمة.

الأبعد من شدة الصدمة هو طبيعة مسائل الصدمة، فالصدمات التي تحدث بفعل البشر تكون أكثر احتمالا لإحداث كرب ما بعد الصدمة مقارنة بالكوارث الطبيعية Charuvastra, 2008 فمثلا حالات الاغتصاب والخبرة القتالية والإساءة والاعتداء جميعها ترتبط بخطر أكبر من خطر الكوارث الطبيعية، فربما أن هذه الأحداث أكثر ألما لأنها تتحدى أفكارا عن البشرية كمحبة للخير.

العوامل العصبية والحيوية: قرن آمون Hippocampus والهرمونات: مثل اضطرابات القلق الأخرى فإن كرب ما بعد الصدمة ترتبط بتنشيط أكبر للوزة المخية وتنشيط قليل لقشرة الفص الجبهي الإنسي Shin, Rauch & Pitman, 2006 ، هي مناطق تشارك مشاركة تكاملية في التعلم وإخماد المخاوف، ورغم أن هاتين المنطقتين تشاركان في كثير من اضطرابات القلق إلا أن كرب ما بعد الصدمة يرتبط ارتباطا فريدا بوظيفة قرن آمون الذي يعرف من خلال دوره في الذاكرة ولاسيما الذاكرات المرتبطة بالعواطف انظر شكل 3-7 . أظهرت دراسات تصوير المخ أن من بين الذين يعانون كرب ما بعد الصدمة فإن قرن آمون له حجم أصغر مقارنة بالذين لا يعانون كرب ما بعد الصدمة Bremner, Vythilingam, Vermetten,



شكل 7-3 يُعد قرن آمون من المناطق المرتبطة باستهداف الإصابة باضطراب كرب ما بعد الصدمة

et al., 2003 ففي دراسة لأزواج عديدة من التوائم المتماثلة وأحد التوائم كان محاربا فيتناميا قديما بينما الآخر ليس كذلك، وقد كشفت الدراسة بصفة خاصة مدى ارتباط حجم قرن آمون باضطراب كرب ما بعد الصدمة Gilbertson, Shenton, Ciszewski, et al., 2002 . وكما في الدراسات السابقة للمحاربين القدماء ارتبط صغر حجم قرن آمون بأعراض كرب ما بعد الصدمة ولكن هذه الدراسة استمرت لتكتشف نموذجا إضافيا مهما وهو وجود علاقة بين حجم قرن آمون لدى توائم غير المحاربين واحتمال ظهور كرب ما بعد الصدمة لدى توائم المحاربين القدماء فصغر حجم قرن آمون لدى التوائم غير المحاربين ارتبط باحتمال أكبر لدى توائم المحاربين لظهور كرب ما بعد الصدمة بعد الخدمة العسكرية مما يوحي بأن تناقص حجم قرن آمون لمستوى أقل من المتوسط قد يسبق ظهور الاضطراب. انظر التركيز على الاكتشاف 7-1 لمزيد من منظورات عن كيف تتكامل هذه النتائج المتعلقة بقرن آمون مع النماذج المعرفية لفهم شكاوي الذاكرة في كرب ما بعد الصدمة.

التعايش أو المواجهة Coping:

عند مواجهة أي حادث صادم يبرز بعض الأفراد للتحدي وإظهار مرونة غير عادية وإنه من الواضح أنه كيف يتأقلم شخص أثناء الصدمة وبعدها يساعد في التنبؤ بما إذا كان كرب ما بعد الصدمة سيظهر أم لا Holmes & Brewin, 2003 .

ترى أنواع عديدة من الدراسات أن الأفراد الذين يتأقلمون مع الصدمة بمحاولة تفادي التفكير فيها هم أكثر من غيرهم عرضة لظهور كرب ما بعد الصدمة لديهم Sharkansky, King, King, et al., 2000 . كثير من هذا العمل يركز على أعراض الانفصالية dissociation مثل شعور الفرد بالبعد عن جسده أو عن عواطفه أو الشعور بعدم القدرة على تذكر الحدث وسوف نناقش الانفصالية بمزيد من التفاصيل في الفصل 8 . الانفصالية وكبح الذاكرة قد يمنع الفرد من مواجهة ذكريات الصدمة والذين يعانون أعراض الانفصالية أثناء وبعد الصدمة مباشرة هم أكثر عرضة لظهور كرب ما بعد الصدمة مثل الذين يحاولون كبح ذكريات الصدمة Ehlers, Mayou & Bryant, 1998 . وقد تأكدت العلاقة الارتباطية بين الانفصالية وكرب ما بعد الصدمة في تحليل تجميعي لعدد 16 دراسة شملت 3534 مشاركا Ozer, Best, Lipsey, et al., 2003 . وأظهرت سلسلة من الدراسات حاليا تنبؤ أعراض الانفصالية عقب الاغتصاب بفترة قصيرة بظهور كرب ما بعد الصدمة Brewin & Holmes, 2003 . يضاف إلى ذلك أن الذين يواصلون استخدام الانفصالية خلال سنوات ما بعد الصدمة معرضون لخطر مستمر لأعراض كرب ما بعد الصدمة Briere, Scott & Weathers, 2005 . وفي دراسة دامغة للانفصالية حيث تم تقدير ضحايا الاغتصاب خلال أسبوعين من وقوع

الاعتداء Griffin, Resick & Mechanic, 1997 . سئلت السيدات أسئلة عن الانفصالية أثناء الاغتصاب مثل هل تشعرين بخدر؟ وهل لديك لحظات بعدم تذكر مسار ما كان يحدث؟ وطبقا لإجابات السيدات فقد تم تقسيمهن إلى مجموعتين إحداهما عالية الانفصالية والأخرى منخفضة الانفصالية، حيث كانت السيدات في مجموعة الانفصالية المرتفع أكثر عرضة كثيرا لظهور أعراض كرب ما بعد الصدمة من السيدات في مجموعة الانفصالية المنخفض، واستخدم مؤلفو البحث مقاييس نفسية وفسيولوجية لمعرفة المزيد عن كيف يعمل الانفصالية، وفي هذا الجزء من الدراسة تحدثت السيدات عن موضوع الاغتصاب وموضوع محايد، وأثناء حديثهن عن اغتصابهن أشارت السيدات إلى أنهن يشعرن بكرب وتم قياسهن لمعرفة الإثارة النفسية والفسيولوجية، ورغم أن السيدات في مجموعة الانفصالية المرتفع أشرن إلى كرب عاطفي أثناء حديثهن عن اغتصابهن فقد أظهرن إثارة فسيولوجية منخفضة مقارنة بالسيدات في مجموعة الانفصالية المنخفض.

وقد تساعد العوامل الوقائية الأخرى الفرد في التوافق مع الصدمات العنيفة بصورة أكثر ملاءمة، وهناك عاملان مهمان بصفة خاصة وهما الذكاء المرتفع Breslau, Lucia & Alvarado, 2006; Kremen, Koenen, Boake, et al., 2007 والمساندة الاجتماعية القوية Brewin, Andrews & Valentine, 2000 . فالقدرة التفكيرية الجيدة للإحساس بالأحداث المروعة وزيادة عدد الأصدقاء وأفراد العائلة للمعاونة في هذه العملية يساعد الأفراد في تفادي أعراض ما بعد الأحداث الصادمة.

تركيز على الاكتشاف 7-1

رؤى منظورية عن الذاكرة: التكامل العصبي الحيوي والمعرفة

الذين يعانون كرب ما بعد الصدمة يتعرضون لخرافات في الذاكرة تلاحظ عليهم من خلال المنبهات الحسية، وهذا يتفق مع نتائج الزيادات الحادة في النوربينفرين والكورتيزول التي تظهر بوضوح أثناء فترات الكرب الشديد وتؤدي إلى تكوين ذاكرة قوية ولاسيما في الجوانب المركزية في خبرة التهديد Abercrombie, Kalin, Thurow, et al., 2003; McEwan & Sapolsky, 1995 . وحيث إن الذين يعانون كرب ما بعد الصدمة يبلغون عن ذاكرة مفككة وغير مرتبطة في صدمتهم مما يصعب عليهم بناء سرد متماسك عن الحادث وكيف يمكن أن نفسر كلتا الحقيقتين في وقت واحد وهى حدوث الذكريات فى كثير من الأحيان ولكنها مفككة أيضا وغير مترابطة؟

وضع "بريوين" Valentine و"هولمز" Holmes 2003 نظرية بأن الذين يعانون كرب ما بعد الصدمة ربما يعانون عجزا في قدرتهم للوصول لذكريات لفظيا تحتفظ حتى

الآن بقدرة للوصول لذكريات تستخدم الشم والأصوات ومنبهات حسية أخرى وركز "بريمنر" Bremner وزملاؤه 2003 على أن الدور المحتمل لإصابة قرن آمون في تفكك الذاكرة اللفظية. إن قرن آمون يلعب دورا مركزيا في قدرتنا على تحديد مكان ذكريات السيرة الذاتية في المكان والزمان وفي سياق الكلام ليتيح لنا تطوير أوصاف واضحة منظمة لها. ربما أن الذين يعانون تناقص حجم قرن آمون أقل قدرة على تنظيم ذكرياتهم اللفظية، وقد تلعب الأجهزة المخية الأخرى دورا مركزيا أكبر في الذكريات غير اللفظية أي الذكريات التي بنيت على الارتباط بين المنبهات الحسية والأحداث الخارجية، ولذا فإن الأداء الوظيفي السيىء للحصين أو قرن آمون ربما لا يتدخل في حفظ هذه الذكريات غير اللفظية المفككة مما يفسر سبب إطلاق الروائح والأصوات والمنبهات الحسية الأخرى لذكريات بصفة مستمرة بين الذين يعانون كرب ما بعد الصدمة وبالتالي قد يكون الفرد عرضة لذكريات قوية تطلقها غالبا المنبهات الحسية ولكن غير قادر على دمج وتنظيم تلك الذكريات لفظيا بطريقة تسمح بتأقلم فعال وقلق متناقص.

وأظهر تحليل تجميعي لعدد 27 دراسة ما يؤيد هذه النظرية، فالذين شخص لديهم كرب ما بعد الصدمة يظهرون بصورة مستمرة قصورا في الاختبارات العصبية والنفسية في الذاكرة اللفظية بينما أداؤهم يكون كاملا في اختبارات الذاكرة البصرية Brewin, Kleiner, Vasterling et al., 2007 .

إن هذه النظرية تساعدنا في معرفة كيف أن شخصا يمكنه في وقت واحد أن يجد صعوبة في وصف الصدمة ولا زال حتى الآن يتعذب من ذكرياتها، وأوجدت أيضا معاناة متكررة من العواطف الأصلية كما نتطلع أن تساعد النظرية في تشكيل الطرق العلاجية في المستقبل حيث إن العلاج الفعال يتطلب تقريبا تعديلات في كيف نطلب من الأفراد تذكر صدماتهم والحديث عنها.

تركز أحد خطوط البحث على الأفراد الذين يبلغون عن نمو في سياق المعاناة الصادمة وبالنسبة للبعض فإن الصدمة توقظ تقديرا متزايدا للحياة وتجدد التركيز على أولويات الحياة كما تعطي الفرصة لمعرفة قوى الفرد في التغلب على الظروف المناوئة Bonanno, 2004; Tedeschi, Park & Calhoun, 1998 . ولذلك فإنه رغم تحديات الصدمة فإن بعض الأفراد قد يتعلمون جيدا مهارات التعايش وتطوير سعة الحيلة.

الملخص السريع

اضطراب كرب ما بعد الصدمة واضطراب الكرب الحاد تفاعلان من التفاعلات العنيفة للصدمة، ويحدث الكرب الحاد في أول أربعة أسابيع بعد الصدمة ويستغرق كرب

ما بعد الصدمة، أكثر من 4 أسابيع بعد الصدمة، ويمكن تشخيص كرب ما بعد الصدمة والكرب الحاد فقط بين الأفراد الذين تعرضوا لصدمة عنيفة.

بعض عوامل الخطر العامة لاضطرابات القلق قد تشترك في نشوء كرب ما بعد الصدمة، وهذه العوامل العامة تشمل الحساسية الوراثية وفرط نشاط اللوزة المخية والعصبية والتعرض للصدمة في الطفولة ووجود ميول للمشاركة في مؤشرات التهديد في البيئة المحيطة، كما أن كرب ما بعد الصدمة يرتبط بنموذج "مورر" ثنائي العامل للقلق.

حتى بين الأفراد الذين تعرضوا للصدمة فإن احتمال نشوء كرب ما بعد الصدمة يتوقف على شدة وعنف الصدمة، وقد أظهرت البحوث العصبية والحيوية أن الذين يعانون صغر حجم قرن آمون هم أكثر احتمالا أن يظهر عليهم كرب ما بعد الصدمة، وبعد التعرض للصدمة فإن الذين يعتمدون على خطط التعايش الانفصالي مثل الذين يتهربون من التفكير في الصدمة هم أكثر عرضة لظهور اضطراب كرب ما بعد الصدمة مقارنة بالذين يعتمدون على خطط أخرى. الإمكانات الأخرى التي قد تشجع التعايش التكيفي مثل ارتفاع حصيلة الذكاء والمساندة الاجتماعية المرتفعة يمكن أن تحمي من نشوء كرب ما بعد الصدمة.

علاج اضطراب كرب ما بعد الصدمة واضطراب الكرب الحاد:

ركزت أعمال كثيرة على علاج كرب ما بعد الصدمة باستخدام العلاج الدوائي والعلاجات النفسية، وهناك بحوث قليلة عن اضطراب الكرب الحاد.

العلاج الدوائي: أجريت عشرات التجارب العشوائية المنضبطة لدراسة العلاجات الطبية الدوائية لكرب ما بعد الصدمة Stein, Ipser & Seedat, 2000 . وهناك فئة واحدة من مضاد الاكتئاب تعرف باسم مثبطات إعادة امتصاص سيروتونيرجيك الاختياري SSRIs حازت على دعم قوي كعلاج لكرب ما بعد الصدمة، وكثيرا ما تحدث انتكاسة إذا تم إيقاف الدواء.

العلاج النفسي لاضطراب كرب ما بعد الصدمة: في الفصل السادس قمنا بوصف علاج للتعرض الذي يمثل الاتجاه النفسي الأساسي لعلاج اضطرابات القلق، وبدعم من الأخصائي المعالج يطلب من الفرد مواجهة أسوأ المخاوف بالعمل في مواجهة سلم التعرض الذي يبدأ من أقل مخاوف كثافة حتى أعلى المخاوف كثافة بهدف كبح الاستجابة للخوف ولاسيما الاستجابة للخوف الفائق العمومية، وكذلك للمساعدة في تحدي فكرة أن الفرد لا يمكنه التعايش مع القلق والخوف المتولد من تلك المنبهات، وعندما يتعلم المرضى أن بإمكانهم التعايش مع قلقهم تقل لديهم استجابات التهرب أو التفادي.

في كرب ما بعد الصدمة تركيز علاج التعرض يكون في ذكريات ومفكرات الصدمة الأصلية مع الفرد الذي يتم تشجيعه لمواجهة الصدمة كي يتفوق على القلق ويخمده، وأينما

كان ممكنا يعرض الفرد مباشرة لمفكرات الصدمة داخل جسمه مثل الرجوع لمنظر الحادث، وفي حالات أخرى يستخدم التعرض الخيالي بأن يتذكر الفرد الحادث بالتأني والتروي Keane, Fairbank, Cadell, et al., 1998 . وتشير الأدلة إلى أن علاج التعرض الذي يركز على الأحداث المرتبطة بالصدمة سواء بالتخيل أو مباشرة يكون أكثر فاعلية في علاج كرب ما بعد الصدمة من العلاج الطبي أو العلاج النفسي المدعم غير المركب Bradley, Greene, Russ, et al., 2005 . ويستخدم علاج التعرض بنجاح مع سلسلة عريضة من الأفراد، فمثلا وجد أن الطريقة تعمل جيدا مع اللاجئين السودانيين Neuner, Schauer, Klaschik, et al., 2004 ورغم نجاح هذه الطريقة إلا أن هناك عددا من الاعتراضات حول علاج آخر لكرب ما بعد الصدمة. انظر التركيز على الاكتشاف 7-2 لمزيد من المناقشة لهذه الاعتراضات.

كما استخدم المتخصصون العلاجيين تكنولوجيا الواقع الافتراضي Virtual Reality VR لعلاج كرب ما بعد الصدمة، وبسبب أن هذه التكنولوجيا يمكنها تقديم تعرض قوي أكبر مما يمكن أن يولده بعض العملاء في تخيلاتهم، ففي إحدى الدراسات استفاد المحاربون القدماء الفيتناميون بالقيام برحلة واقعية افتراضية بطائرة هليكوبتر مفعمة بأصوات معركة Rothbaum, Alarcon, et al., 1999 .

إن العلاج بالتعرض صعب لكل من المريض والأخصائي العلاجي بسبب أنه يتطلب هذا الاتصال المكثف بالأحداث الصادمة، فمثلا السيدات اللاتي نشأ لديهن كرب ما بعد الصدمة بعد الاغتصاب قد يطلب منهن استعادة الوقائع المخيفة للهجوم عليهن وتخيل هذه الوقائع بتفصيل حي Rothbaum & Fao, 1993 . وقد تزداد الأعراض على المريض بصفة مؤقتة في المراحل الابتدائية للعلاج Keane, Gerardi, Quinn, et al., 1992 . إن العلاج صعب تقريبا بصفة خاصة ويتطلب وقتا أطول عندما يواجه العميل أو المريض صدمات متكررة كما في حالة إساءة استخدام الأطفال.

استخدمت خطط استراتيجية معرفية عديدة لتعزيز العلاج بالتعرض لاضطراب كرب ما بعد الصدمة وقد صممت التدخلات لتعزيز اعتقادات الأفراد في قدرتهم على التعايش مع الصدمة الابتدائية وأظهرت بلاء حسنا في سلسلة من الدراسات Keane, Marshall & Taft, 2006 . حتى عندما يواجه المرضى ظروفا اضطرابية Gillespie, Duffy, Hackmann, et al., 2002 ، وقد صمم العلاج بالإجراء المعرفي لمساعدة ضحايا الاغتصاب والإساءة الجنسية للأطفال في حسم نزعات نحو لوم الذات كما تلقت هذه الطريقة دعما تجريبيا Chard, 2005; Resick, Nishith, Weaver, et al., 2002 . ويبدو أنها مفيدة بصفة خاصة في الحد من الشعور بالذنب Resick, Nishith & Griffin, 2003 . وقد اختلطت البحوث حول هل العلاج المعرفي مفيد بما يغطي ويتخطى

بعيدا عن العلاج بالتعرض لمواجهة أعراض أخرى لكرب ما بعد الصدمة Foa, Cahill, Boscarino, et al., 2005 .

تركيز على الاكتشاف 7-2

إزالة حساسية حركة العين وإعادة المعالجة Eye Movement Desensitisation and Reprocessing

في 1989 بدأ "فرانسين شابيرو" الترويج لطريقة لعلاج الصدمة تسمى إزالة حساسية حركة العين وإعادة المعالجة أو EMDR Eye movement desensitization and reprocessing . وفي هذه الطريقة يقوم الفرد بتخيل موقف مرتبط بالصدمة مثل مشاهدة حادث سيارة رهيب ويحفظ الصورة في ذهنه ثم يتتبع الفرد بصريا مسارات أصابع الأخصائي المعالج عندما يقوم بتحريكهم أماما وخلفا على مسافة قدم أمام عيني الفرد، وتستمر هذه العملية لمدة دقيقة أو نحوها أو حتى يذكر الفرد أن الصورة أصبحت أقل ألما، وعند هذه النقطة يقوم الأخصائي المعالج بإبلاغ الفرد أن يذكر الأفكار السلبية مهما كانت لديه مع الاستمرار في تتبع أصابع الأخصائي المعالج، وأخيرا يقوم الأخصائي المعالج ويطلب من الفرد أن يفكر في فكرة إيجابية مثل يمكنني أن أتعامل مع هذا وأن يحفظ هذه الأفكار في ذهنه مع الاستمرار في تتبع أصابع الأخصائي المعالج، وبهذا فإن هذا العلاج يتكون من طرق تعرض خيالية تقليدية جنبا إلى جنب مع طريقة إضافية لحركة العين. وأشارت دراسات استخدمت فيها إزالة حساسية حركة العين وإعادة المعالجة لعلاج مصابين بكرب ما بعد الصدمة إلى شفاء أعراض كرب ما بعد الصدمة بصورة سريعة مثيرة van der Kolk, Spinazzola, Blaustein, et al., 2007 . ويحاول مؤيدو هذه الطريقة أن يبرهنوا على أن حركات العين تعزز الإزالة السريعة للخوف المتكيف وتصحيح الاعتقادات الخاطئة حول المنبهات التي تستدعي الخوف Shapiro, 1999 . إن ادعاءات التأثير المثير قد امتدت إلى اضطرابات أخرى غير كرب ما بعد الصدمة وتشمل عجز الانتباه/واضطراب فرط النشاط والاضطرابات الانفصالية واضطراب الهلع ومخاوف الحديث للعامة وقلق الاختبار وأنواعاً من الهلع الخاص Lohr, Tolin, & Lilienfeld, 1998 .

ورغم الادعاءات الملحوظة حول هذه الطريقة فقد أشارت دراسات عديدة إلى أن مكون حركة العين في العلاج ليس ضروريا، فمثلا قام أحد الباحثين بتطوير نسخة من EMDR اشتملت على كل الإجراءات الفنية فيما عدا حركة العين، ثم أجرى دراسة خصص فيها الأفراد عشوائيا بتلقي إما نسخة من EMDR بدون حركة العين أو نسخة بها حركة العين Pitman, Orr, Altman, et al., 1996 . وقد حققت المجموعتان شفاء من الأعراض بصورة متماثلة. ومنذ تاريخ هذه الدراسة أشارت نتائج سلسلة من

الدراسات إلى أن هذا العلاج لم يعد أكثر فاعلية من العلاج السلوكي المعرفي التقليدي لكرب ما بعد الصدمة Seidler & Wagner, 2006 . واعترض البعض بأن EMDR ينبغي عدم تقديمه كعلاج بسبب أن مكون حركة العين لم تؤيده الدراسات أو التفسيرات النظرية الكافية Goldstein, de Beurs, Chambless, et al., 2000 .

العلاج النفسي لاضطراب الكرب الحاد: هل من الممكن منع نشوء كرب ما بعد الصدمة بتقديم علاج للذين نشأ لديهم اضطراب الكرب الحاد؟ هناك طرق سلوكية معرفية قصيرة المدى 5 أو 6 جلسات تتضمن تعرضا يعمل على ذلك، فمثلا وجد "ريتشارد بريانت" Richard Bryant 1991 وزملاؤه أن التدخل المبكر يقلل خطر اضطراب الكرب الحاد وتحوله إلى اضطراب كرب ما بعد الصدمة، وقد تكرر نجاح هذه الطريقة عبر 5 دراسات حيث أشار التحليل التجميعي إلى أن خطر اضطراب كرب ما بعد الصدمة فيما بين هؤلاء الذين تلقوا علاجا بالتعرض قد انخفض بنسبة 32% مقارنة بنسبة 58% لهؤلاء الذين تم تحديدهم كحالة ضابطة Korner, Winje, Ekeberg, et al., 2008 .

إن الآثار الإيجابية لهذه التدخلات المبكرة تدوم لسنوات؛ فقد قام الباحثون بدراسة تأثير العلاج على الأعراض على مدار 5 سنوات بين البالغين الناجين من زلزال مدمر، وبعد مرور 5 سنوات على الزلزال فإن الأفراد البالغين الذين تلقوا تدخلا سلوكيا معرفيا قد ذكروا أعراضا لكرب ما بعد الصدمة أقل حدة مقارنة بالذين لم يتلقوا علاجا Goenjian, Walling, Steinberg, et al., 2005 .

إن العلاج بالتعرض يبدو أكثر فاعلية من إعادة الهيكلة المعرفية في منع نشوء اضطراب كرب ما بعد الصدمة Brayant, Mastrodomenico, Felmingham, et al., 2008 ومن سوء الحظ أنه ليس كل الطرق التي تمنع وكذلك طريقة التعرض لها تأثير انظر التركيز على الاكتشاف 7-3 .

التركيز على الاكتشاف 7-3

استخلاص معلومات كرب الحادث الخطير Critical Incident Stress Debriefing

استخلاص معلومات كرب الحادث الخطير CISD يتضمن علاجاً فورياً لضحايا الصدمة خلال 72 ساعة من وقوع الحادث الصادم Mitchell & Everly, 2000 . وعلى عكس العلاج السلوكي المعرفي يكون العلاج محدودا عادة بجلسة واحدة طويلة ويعطى بغض النظر عما إذا كان الفرد ظهر عليه أعراض أم لا، ويقوم المتخصصون في العلاج بتشجيع الأفراد على تذكر تفاصيل الصدمة والتعبير عن مشاعرهم الكاملة قدر استطاعتهم، وغالبا يقوم المتخصصون العلاجيون الذين يمارسون هذه الطريقة بزيارة مواقع الكارثة

مباشرة بعد الأحداث وأحيانا يتم دعوتهم من قبل السلطات المحلية كما حدث عقب كارثة الهجوم على مركز التجارة العالمي وأحيانا لا يتم دعوتهم ويقوم الأخصائيون العلاجيون بتقديم العلاج لكل من الضحايا وعائلاتهم.

إن استخلاص معلومات كرب الحادث الخطير CISD مثير للجدل الشديد مثل إزالة حساسية حركة العين EMDR ، فبمراجعة ست دراسات اشتملت كلها على تخصيص عشوائي للعملاء للخضوع لاستخلاص معلومات كرب الحادث الخطير CISD أو لا يخضعون لعلاج وجد أن الذين خضعوا لـ CISD كانوا أسوأ Litz, Gray, Bryan, et al., 2002 . ولم يتأكد أحد من سبب حدوث الآثار الضارة ولكن كثيرا من الذين تعرضوا للصدمة لم يظهر عليهم اضطراب كرب ما بعد الصدمة، وكثير من الخبراء يتشككون حول فكرة تقديم العلاج للذين لم يظهر عليهم الاضطراب. ويعترض بعض الباحثين على استخلاص معلومات كرب الحادث الخطير CISD بأن خطط التعايش الطبيعي للشخص يمكن أن تكون أفضل من الخطط الموصى بها من قبل شخص آخر Bonanno, Wortman, Lehman, et al., 2002 .

الملخص :

اضطراب الوسواس القهري والاضطرابات المرتبطة به

- الذين يعانون اضطراب الوسواس القهري تنتابهم أفكار فضولية غير مرغوبة ويشعرون بضغط للمشاركة في طقوس لتفادي قلق قاهر، والذين يعانون تشوه الجسم يتعرضون لأفكار مستمرة قاسية بأن مظهرهم معيب، أما اضطراب الاكتناز فإنه يتميز بميول لاقتناء عدد مفرط من الأشياء وصعوبات شديدة في إبعاد النفس عن هذه الأشياء.
- توحي دراسات التاريخ العائلي إلى وجود خطر وراثي مشترك وسط هذه الاضطرابات الثلاثة حيث يرتبط الوسواس القهري بقوة بنشاط في القشرة الأمامية المدارية والنواة المذنبة والحزامية الأمامية، كما يتضمن تشوه الجسم نشاطا مفرطا في مناطق القشرة الأمامية المدارية والنواة المذنبة.
- اضطراب الوسواس القهري اضطراب وراثي بدرجة معتدلة وميول تجاه فكر تكراري، وقد يكون السلوك في اضطراب الوسواس القهري مركزا بفعل الحاجة إلى "يداسنشينز". وفي الحسابات السلوكية تعتبر الأفعال القهرية استجابات للتهرب أو التفادي وتزداد قوة لأنها تعطي شفاء وراحة من القلق وتتكرر الأفعال القهرية جزئيا لأن الفرد يرتاب ويشك في ذاكرته في المراجعة. وقد تتركز الوساوس من خلال

محاولات كبح الأفكار غير المطلوبة وجزئيا بسبب أن الذين يعانون الوسواس القهري يبدو أنهم يشعرون بأن التفكير في شيء أمر سيئ مثل فعله.

- النموذج المعرفي يربط اضطراب تشوه الجسم بأسلوب التحليل الموجه للتفاصيل والتقييم المفرط لأهمية المظهر بالنسبة لقيمة الذات والانتباه الشديد للمؤشرات المرتبطة بالمظهر وتتضمن العوامل السلوكية والارتباط المفرط بالأنشطة المتعلقة بالمظهر، إلى جانب تفادي المواقف التي قد تعرض الأفراد لتقييم مظهرهم.
- تتضمن عوامل الخطر السلوكية المعرفية للاكتناز قدرات تنظيمية سيئة واعتقادات غير عادية حول أهمية المقتنيات والمسئولية عنها وسلوكيات التهرب أو التفادي.
- التعرض ومنع الاستجابة طريقة صالحة جدا لعلاج الوسواس القهري وتتضمن تعرضا جنبا إلى جنب مع خطط لمنع الاشتراك في سلوكيات إجبارية، وقد استخدم التعرض ومنع الاستجابة لعلاج تشوه الجسم والاكتناز. ولعلاج تشوه الجسم يدعم التعرض ومنع الاستجابة باستراتيجيات معرفية لتحدي وجهات النظر السلبية المفرطة للأفراد نحو مظهرهم وتركيزهم المغالى فيه على مظهرهم واعتقاداتهم بأن قيمة الذات تتوقف على مظهرهم، وبالنسبة للاكتناز يدعم التعرض ومنع الاستجابة باستراتيجيات لزيادة النظرة الثاقبة أو البصيرة والطموح.
- مثبطات إعادة امتصاص السيروتينين الاختياري من أكثر العلاجات الطبية المختبرة للوسواس القهري وتشوه الجسم والاكتناز، وتعتبر هذه المثبطات مفيدة ولكن البحوث التي أجريت عليها قليلة ولم تجر تجارب عشوائية منضبطة لدراسة العلاج بالنسبة لاضطراب الاكتناز.

الاضطرابات المرتبطة بالصدمة

- اضطراب كرب ما بعد الصدمة يتم تشخيصه فقط بعد الحادث الصادم، ويتميز بأعراض تكرار التعرض للصدمة وإثارة وتهرب أو التعداد العاطفي. ويعرف اضطراب الكرب الحاد بأعراض مماثلة ولكن من الضروري ظهور الأعراض الانفصالية وأن تدوم الأعراض أقل من شهر.
- كثيرا من عوامل الخطورة المشتركة في اضطرابات القلق ترتبط بنشوء كرب ما بعد الصدمة مثل الضعف الوراثي وفرط نشاط اللوزة المخية والتعرض للصدمة في الطفولة وفرط التنبه العصبي والانتباه للمؤشرات السلبية في البيئة والتكيف السلوكي، وتركز البحوث والنظريات عن الأسباب الخاصة بكرب ما بعد الصدمة على عوامل الخطورة مثل صغر حجم قرن آمون وشدة وطبيعة الحادث والانفصالية والعوامل الأخرى التي قد تؤثر على القدرة على التعامل مع الكرب مثل المساندة الاجتماعية والذكاء.

- مثبطات إعادة امتصاص السيروتينين الاختياري تمثل أكثر وسيلة علاجية مؤيدة لكرب ما بعد الصدمة.

- يتضمن العلاج النفسي لكرب ما بعد الصدمة التعرض ولكن يستخدم غالبا التعرض الخيالي، ويمكن للتدخلات النفسية في اضطراب الكرب الحاد أن تحد من خطر نشوء كرب ما بعد الصدمة.

الفصل الثامن

الاضطرابات الانفصالية

والاضطرابات جسدية الشكل

8

الفصل الثامن

الاضطرابات الانفصالية والاضطرابات جسدية الشكل

ترجمة

د/ نادية عبد اللـه الحمدان

الأهداف التعليمية ... أن تكون قادرًا على :

1- القدرة على تحديد أعراض الاضطرابات الانفصالية Dissociative Disorders والاضطرابات المرتبطة بالأعراض الجسدية Somatic Symptom and Related Disorders.
2- القدرة على إجمال الجدل الحالي حول أسباب اضطراب الهوية الانفصالية Dissociative Identity Disorder.
3- القدرة على شرح النماذج السببية المرتبطة بالاضطرابات جسدية الشكل.
4- القدرة على وصف نتائج العلاجات المتاحة للاضطرابات الانفصالية والاضطرابات المرتبطة بالأعراض الجسدية.

الحالة الإكلينيكية "جينا" Gina

في ديسمبر من عام 1965 استشارت سيدة تدعى "جينا" رينالدي" Gina Rinaldi الطبيب "روبرت جينز" Robert Jeans، وكان أصدقاؤها قد نصحوها بالذهاب إليه. كانت "جينا" عزبة، وتبلغ من العمر الحادية والثلاثين، وتعيش مع أعزاب أخريات. وكانت كاتبة ناجحة في إحدى الشركات الكبيرة التي تقوم بنشر الكتب التعليمية. كان الجميع ينظرون إليها على أنها كفاءة وعملية ومنتجة، إلا أن أصدقاءها لاحظوا أنها بدأت تعاني النسيان على نحو متزايد، كما تأتي في بعض الأحيان بتصرفات غريبة على شخصيتها. وكانت "جينا" هي الأخت الصغرى من بين تسعة أشقاء، وأخبرت الطبيب أنها كانت تعاني المشي أثناء النوم منذ بداية فترة المراهقة، وقد أخبرتها زميلتها في الحجرة أنها كانت تصرخ أثناء النوم في بعض الأحيان.

ووصفت "جينا" والدتها التي تبلغ من العمر الرابعة والسبعين بأنها أكثر النساء اللائي عرفتهن حبا للسيطرة. وقالت إنها كانت طفلة تخاف من والدتها وتطيعها. وفي سن الثامنة والعشرين أقامت علاقة - أولى علاقاتها - مع قسيس يسوعي، إلا أنها لم تكن على ما يبدو علاقة جنسية. وبعد ذلك أقامت علاقة مع رجل متزوج يدعي ت.س، أكد لها هذا الرجل أنه سيطلق زوجته ويتزوجها. وقالت "جينا" إنها كانت مخلصة له منذ بداية علاقتها به. إلا أن إعجابها بهذا الرجل بدأ يتلاشى عندما لم يوف بوعده لها ولم يعد يذهب إليها بانتظام. وقام

الطبيب "روبرت جينز" بتحليل أحد أحلامها، وخلص من ذلك إلى أنها تشعر بالانزعاج من كونها امرأة، وخاصة عند إقامة علاقة تستدعي الاتصال الجنسي مع أحد الرجال.

وبعد عدة جلسات بدأ الطبيب "روبرت جينز" يلاحظ ظهور شخصية أخرى لـ "جينا". قام الطبيب و"جينا" بتسمية هذه الفردية "ماري سنشاين" Mary Sunshine، وكانت تختلف تمام الاختلاف عن "جينا". فكانت تبدو طفولية أكثر منها، وأكثر أنوثة من الناحية التقليدية، وحماسية ومغرية جنسيا. كانت "جينا" تشعر أنها تشبه عمال المناجم في مشيتها، إلا أن "ماري سنشاين" لم تكن كذلك أبدا. وكانت هناك بعد الأحداث الملموسة التي تشير إلى وجود شخصية "ماري سنشاين". ففي بعض الأحيان عندما كانت "جينا" تنظف منزلها كانت تجد أكوابا فيها بقايا مشروب الشيكولاته الساخن، ولم تكن "جينا" ولا زميلتها في الحجرة تحبان مشروب الشيكولاته الساخن. كما اكتشفت "جينا" أن مبالغ كبيرة قد سحبت من حسابها في البنك لكنها لم تكن تذكر أبدا أنها سحبت تلك الأموال. بل إنها وجدت نفسها فجأة تطلب شراء ماكينة خياطة من خلال الهاتف، بالرغم من أنها لا تحب الخياطة، وبعد عدة أسابيع جاءت إلى جلسة العلاج النفسي وهي ترتدي ثوبا قامت "ماري سنشاين" بحياكته. وقالت "جينا" إنها عندما تكون في العمل تجد أن الأفراد يحبون البقاء معها، وإن زملاءها بدأوا يستشيرونها حول كيفية تشجيع الأفراد على العمل على نحو أفضل مع بعضهم البعض. وكانت "جينا" تجد ذلك كله غريبا. وأدرك الطبيب جينز وكذلك "جينا" أنها كانت تتحول في بعض الأحيان إلى شخصية "ماري سنشاين".

ولاحظ الطبيب "جينز" تزايد مرات تحول "جينا" إلى "ماري" في حجرة الاستشارة. وفي إحدى الجلسات جاء السيد "ت.س" مع "جينا"، وأثناء تلك الجلسة أصبحت أكثر استرخاء في جلستها وسلوكها، وأصبحت نبرة صوتها أكثر دفئا بالمشاعر. وعندما قال السيد "ت.س" إنه يحبها بالفعل قالت "جينا" - أو "ماري" بالأحرى- : "طبعا يا ت أنا أعرف ذلك" وخلال جلسة أخرى كانت "ماري" تشعر بالضيق، ويقول الطبيب "جينز" إنها كانت تمضغ أظفارها. وبعد ذلك بدأت الفرديتان تتحادثان بعضهما مع بعض أمام الطبيب "جينز".

وبعد مرور عام على بداية العلاج بدا أن شخصيتي "جينا" و"ماري" تندمجان بعضهما مع بعض. وبدا في بداية الأمر أن "جينا" هي التي تسيطر على الأمور تماما، إلا أن الطبيب "جينز" لاحظ بعد ذلك أن "جينا" لم تعد جادة، وخاصة فيما يتعلق "بالانتهاء من المهمة" أي العمل بجهد جهيد على إنجاح العلاج النفسي. فقام الطبيب "جينز" بتشجيع "جينا" على الحديث مع "ماري". وهذه هي المحادثة:

> "كنت ممدة في السرير وأحاول النوم. ثم بدا أحدهم يبكي بسبب السيد ت.س. وكنت واثقة أنها "ماري". فأخذت أحادثها. فأخبرتني تلك الفردية أنها لم تكن تحمل اسما. وبعد ذلك قالت إن "ماري" كانت تدعوها "إيفيلين"

Evelyn. وكنت أشك في البداية في أن "ماري" تتظاهر بأنها "ايفيلين". إلا أنني عدلت عن هذا الرأي لأن الفردية التي كنت أحادثها لديها حس أكثر من "ماري". وقالت "إيفيلين" إنها تدرك أن "ت.س" غير مخلص إلا أنها لاتزال تحبه، وأنها تشعر بالوحدة الشديدة. ووافقت على أنه من الأفضل إيجاد رجل مخلص. وأخبرتني أنها تظهر مرة يوميا لوقت قصير جدا حتى تعتاد على العالم. ووعدتني أنها سوف تظهر حتى ترى "جينز" وهي في حالة أقوى من حالتها الآن . Jeans, 1976, pp. 254-255

وخلال شهر يناير تزايدت مرات ظهور "إيفيلين"، وشعر "جينز" أن مريضته تتحسن بسرعة. وفي غضون أشهر قليلة بدا أن "إيفيلين" هي التي تظهر طوال الوقت، وبعد ذلك بوقت قصير تزوجت تلك المرأة من طبيب. والآن وبعد مرور أعوام لم تعد الفرديتان الأخريان تظهران عندها.

مستقاة من تقرير "الأوجه الثلاثة لـ "إيفيلين" الذي ظهر في عام 1976 في دورية علم النفس المرضى .

سوف نبدأ في هذا القسم من الكتاب بمناقشة الاضطرابات الانفصالية، والاضطرابات المرتبطة بالأعراض جسدية الشكل. ففي الإصدارات الأولى من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية DSM، صنفت هذه الاضطرابات واضطرابات القلق معا في فئة "العصاب" neuroses، وذلك لأن القلق كان يعتبر السبب الرئيس لهذه الأعراض. وبالرغم من أن مؤشرات القلق لا يمكن ملاحظتها بشكل دائم في كل من الاضطرابات الانفصالية والاضطرابات المرتبطة بالأعراض جسدية الشكل. في حين أنه واضح بشكل ملحوظ في اضطرابات القلق. وبدءا من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الثالث الذي ركز على التصنيف طبقًا للأعراض الملاحظة بدلا من المسببات المفترضة، ومن ثم تم التخلي عن الفئة التشخيصية للعصاب. وأصبحت الاضطرابات المرتبطة بالأعراض الجسدية تسمي سابقًا بالاضطرابات جسدية الشكل somatoform disorders والاضطرابات الانفصالية فئات تشخيصية منفصلة عن بعضها البعض وعن اضطرابات القلق.

وسوف نقوم في هذا الفصل بتناول الاضطرابات الانفصالية والاضطرابات المرتبطة بالأعراض جسدية الشكل معاً، وذلك يفترض بأن الإصابة بهاتين المجموعتين من الاضطرابات ترجع إلى التعرض لبعض الخبرات الضاغطة التي تتسبب في المشقة ، إلا أنه ليس من بين الأعراض التعبير مباشرة عن القلق. ففي حالة الاضطرابات الانفصالية يعاني الفرد حالات الخلل الوعي disruptions of consciousness حيث يفقد الوعي

بالذات، والذاكرة، والهوية . أما حالـة الاضـطرابات المرتبطـة بـالأعراض الجسـدية فنجـد الفـرد يشكو من أعراض جسدية توحي بإصابته بخلل أو عيب وظيفي جسدي - قد يكون خطـيرا في بعض الأحيان - ولكن في هذه الحالات لا يوجد أساس فسيولوجي لهذا العيب أو الخلل، بيـنما الاستجابات النفسية لهذه الأعراض تبدو شديدة.

بالإضافة إلى فكرة أن هاتين الفئتين التشخيصـيتين ترتبطـان بالمشـقة، إلا أن الاضـطرابات الانفصالية والاضـطرابات المرتبطـة بـالأعراض الجسـدية تتصـفان بـالتزامن معًـا. فـالمرضى ذوو الاضـطرابات الانفصـالية عـادة يـتم تشخيصـهم في مرحلـة ضـمن فئـة الاضـطرابات المرتبطـة بالأعراض الجسدية، والعكس صحيح؛ بمعنى أن هؤلاء المصابين بالاضطرابات المرتبطة بالأعراض الجسدية يتم تشخيصهم ضمن فئة الاضطرابات الانفصالية Brown, Cardena, Nijenhuis, et al., 2007 .

الاضطرابات الانفصالية Dissociative Disorders:

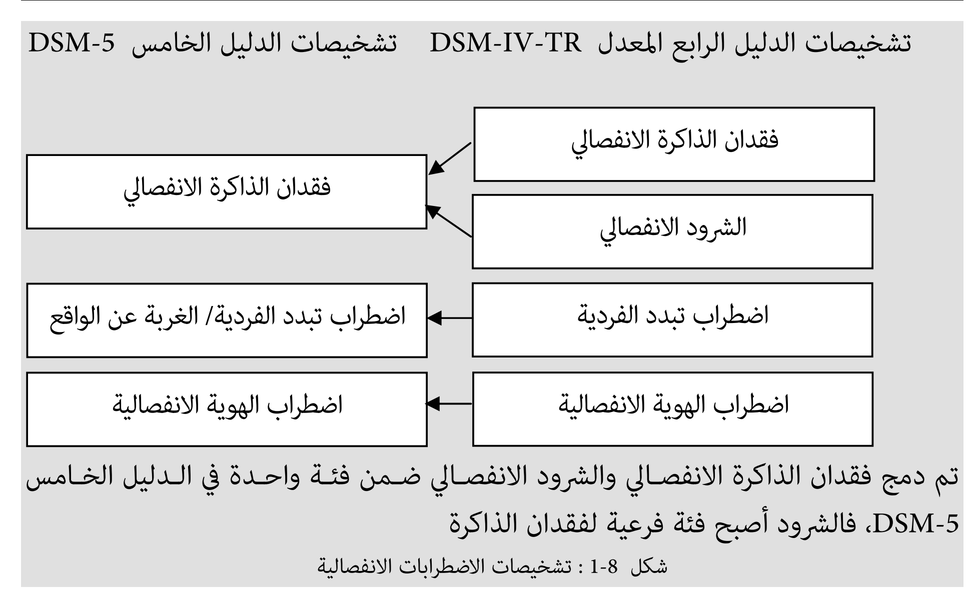
اشتمل الدليل التشخيصي والإحصـائي للاضـطرابات النفسـية الخـامس عـلى ثـلاث فئـات رئيسـة للاضـطرابات الانفصـالية، هـي: فقـدان الـذاكرة الانفصـالي Dissociative Amnesia، واضــطراب تبــدد الفرديــة/ الغربــة عــن الواقــع Depersonalization/ Derealization disorder، واضـطراب الهويـة الانفصـالية Dissociative Identity Disorder الـذي كـان يعرف من قبل باسم اضـطراب تعـدد الفرديـة Multiple Personality Disorder . ويلخـص جدول 8-1 الملامح الإكلينيكية - طبقًـا للـدليل التشـخيصي والإحصـائي للاضـطرابات النفسـية الخامس - للاضطرابات الانفصالية والتغيرات الرئيسة في تشخيص هـذه الاضـطرابات. ويوضـح شكل 8-1 التواصل بين الـدليل التشـخيصي والإحصـائي للاضـطرابات النفسـية الرابـع المعـدل والدليل التشخيصي والإحصـائي للاضـطرابات النفسـية الخـامس. وتحـدث جميـع الاضـطرابات الانفصالية بسبب ميكانيزم يسمى الانفصال Dissociative، وهو ينتج من عدم وصول الـوعي إلى بعض عناصر المعرفة أو الخبرة. وبالتالي يرتبط الانفصال بعدم قدرة الـوعي عـلى أداء دوره الطبيعي في تكامل إدراكاتنا، وانفعالاتنا، ودوافعنا، وغيرها من جوانب الخبرة في الوعي. وهناك بعض الأنواع الشائعة من الحالات الانفصالية الخفيفة - مثل ما يحدث في حالة فقدان الـوعي الذاتي عندما لا ينتبه أحد الأفراد إلى منحنى على الطريق أثناء عودته إلى منزله بسبب انشغاله بالتفكير في بعض المشـكلات. ونجـد في يومنـا هـذا أن أصـحاب النظريـات التحليليـة النفسـية والسلوكية يرون بصفة عامة أن الانفصال المرضي هو رد فعل تجنبي يحمي الفرد من التعـرض شعوريا إلى الأحداث الضاغطة الشديدة - مثل التـدريب العسـكري المتطـور عـلى البقـاء عـلى الحياة، فمعظم المشاركين قد سجلوا لحظات من الانفصال المتوسط Morgan et al., 2001 .

وتعد معرفة الباحثين قليلة عـن الاضـطرابات الانفصـالية مقارنـة بالاضـطرابات الأخـرى، وهناك جدل كثير حول الأسباب المستهدفة لهذه الاضطرابات بجانب أفضل العلاجـات. ولحـل هـذا اللغـز المُركـب عـن الاضـطرابات الانفصـالية، سـنركز عـلى أحـد هـذه الاضـطرابات وهـو اضطراب الهوية الانفصالية.

ولا يوجـد إلا أقـل القليـل مـن الدراسـات العلميـة حـول معـدل انتشـار الاضـطرابات الانفصالية، ولعل أفضل تلك الدراسات حتى يومنا هذا هي تلك الدراسة التي اكتشفت وجود معدلات انتشار على مدى الحيـاة تصـل إلى 7%، و2.4% بالنسـبة لفقـدان الـذاكرة الانفصـالي واضطراب تبدد الفردية Ross, 1991 . بينما حصلت دراسات أخرى عـلى نسـب انتشـار أقـل لهذا التشخيص في الممارسة الإكلينيكية. ففي إحدى الدراسات التي احتوت على مقـابلات غـير مقننة لـ 11 ألف مـريض خـارج المستشـفى، وجـد أن واحـداً لكـل ألــف مريــض يُشـخص باضطراب انفصالي Mezzich, Fabrega, Coffman, et al., 1989 .

جدول 8-1: تشخيصات الاضطرابات الانفصالية

الاضطراب	التوصيف	التغيرات المفتاحية في DSM-5
فقدان الذاكرة الانفصالي	نقص الوعي المؤدي إلى فقدان الذاكرة، وعادة ما تفقد الخبرات الضاغطة. يشمل الشرود fugue الفرعي فقدان الذاكرة الكامل عن الفرد أو الهوية.	أصبح الآن الشرود فئة فرعية تحت فقدان الذاكرة الانفصالي، أكثر من كونه فئة منفصلة.
اضطراب تبدد الفردية/ الغربة عن الواقع	تغير في الخبرة عن الذات والواقع.	أضيف الغربة عن الواقع Derealization كعرض.
اضطراب الهوية الانفصالية	يكون لدى الفرد شخصيتان على الأقل مستقلتان كل منهما في أفعالها عن الأخرى.	- تغيرت صياغة المعايير لتكون أكثر تحديدًا. - إضافـة معيـار بـأن الأعراض ليست جزءا من ممارسة الثقافة أو الدينية المعترف بها على نطاق واسع.



شكل 8-1 : تشخيصات الاضطرابات الانفصالية

الانفصال Dissociation والذاكرة Memory

إن الاضطرابات الانفصالية تطرح أسئلة أساسية وجوهرية حول كيفية عمل الذاكرة تحت المشقة النفسي. اقترحت نظريات السيكوديناميي أن الاضطرابات الانفصالية يحدث فيها نسيان للأحداث الصادمة أي يتم فصلها عن الذاكرة بسبب كبتها أو قمعها. ففي هذا النموذج يتم نسيان هذه الأحداث الانفصال عنها بسبب كونها شديدة السلبية. وقد أثار العلماء المعرفيون الشكوك حول كيفية حدوث ذلك، حيث أثبتت الأبحاث أن المستويات المرتفعة من المشقة عادة ما تقوي الذاكرة ولا تضعفها Shobe & Kihlstrom, 1997 . فنجد مثلا أن الأطفال الذين خضعوا لإجراءات طبية سببت لهم ألما شديدا يحتفظون بذكريات دقيقة ومفصلة لما حدث لهم. إلا أن طبيعة الانتباه والذاكرة تتغير خلال فترات المشقة الشديدة. فنجد أن الذاكرة الخاصة بالمثيرات المتعلقة بالانفعالات تقويها المشقة النفسية، أما الذاكرة الخاصة بالمثيرات العادية فتتعرض للخلل بسبب تلك المشقة Jelicic, Geraerts, Merckellbach, et al., 2004 . فعادة ما يركز الأفراد الواقعون تحت المشقة على السمات الرئيسة للموقف الذي يمثل تهديدا لهم، ولا يعيرون السمات الثانوية أي اهتمام McNally, 2003 . فنجد مثلا أن الأفراد قد يتذكرون كل التفاصيل الخاصة بمسدس كان مصوبا إليهم، لكنهم لا يستطيعون تذكر وجه الفرد الذي كان يحمل المسدس. وعندما يحاولون استدعاء الموقف بعد ذلك فمن المحتمل ألا يتمكنوا من الربط بين جميع أركان الموقف الضاغط وتحويله إلى موقف كلي متكامل.

ولما كان رد الفعل المعتاد للصدمة هو تقوية الذكرى الخاصة بالسمات الرئيسة للخطر، فكيف يحدث فقدان الذاكرة المرتبط بالمشقة والذي يبدو أنه يحدث في الاضطرابات الانفصالية؟. ومن بين الإجابات على ذلك السؤال أن الاضطرابات الانفصالية لها طرق غير معتادة في الاستجابة للمشقة النفسية، فنجد مثلا أن المستويات المرتفعة جدا من الهرمونات المسببة للمشقة يمكن أن تعوق تكوين الذكريات بطريقة ما Andreano & Cahill, 2006 . ويعتقد بعض أصحاب النظريات أنه كلما ازدادت شدة وتكرار حالات الانفصال، فمن الممكن أن تعوق عمل الذاكرة. أي أنه أثناء مواجهة الفرد للصدمة الشديدة يمكن أن يتم تخزين الذكريات بطريقة تجعلها فيما بعد غير متاحة للوعي عندما يعود الفرد إلى حالته الطبيعية Kihlstrom, Tataryn, & Holt, 1993 . وتعد الاضطرابات الانفصالية نتيجة خطيرة لهذه العملية. ويستمر الجدل حول كيفية فهم الذاكرة في إطار الصدمة والانفصال انظر في تركيز الاكتشاف 8-1 .

تركيز الاكتشاف 8-1

الجدل حول الكبت:استرداد ذكريات الإساءة في الطفولة Debates about Repression: Memories of Abuse in Childhood

يعتقد أن وجود تاريخ للإساءة في الطفولة أحد الأسباب المهمة في الإصابة باضطرابات الانفصالية. وتقدر نسبة الذين تعرضوا لأحد أشكال الانتهاك الجنسي في الطفولة بـ13.5% من النساء و2.5% من الرجال CSA; Molnar, Buka, & Kessler, 2001 ، كما تعرض المزيد من الأفراد لأشكال أخرى من الإساءة إليهم. وبالرغم من أن تلك التقديرات الخاصة بمعدل تكرار حالات الإساءة إلى الطفل تم الحصول عليها من خلال استرداد الأفراد للذكريات المتعلقة بما تعرضوا له من إساءة مما يزيد احتمال عدم دقة هذه التقديرات، يفترض معظم الباحثين أنها تقديرات ذات دقة مقبولة.

وسوف نركز هنا على استرداد ذكريات التعرض للإساءة في الطفولة، أي أننا سنركز على الحالات الخاصة بالأفراد الذين لم يكونوا يتذكرون تعرضهم للإساءة في الطفولة ثم "استرداد" recovered تلك الذكريات بعد ذلك. ولا توجد قضايا في علم النفس تسبب جدلا شديدا أكثر من الجدل الدائر حول مدى واقعية تلك الذكريات. فالبعض يناقش أن استرداد الذكريات يعطينا دليلا على الكبت. والكبت طبقًا لفرويد هو قمع الذكريات المؤلمة غير المقبولة من الوعي. وعلى النقيض من فكرة أن استرداد الذكريات تقدم دليلا على الكبت، فقد يتساءل البعض عن مدى مصداقية هذه الذكريات.

فما الذي تشير إليه الأدلة البحثية فيما يتعلق بالكبت؟ لقد طلب الباحثون - أثناء الدراسات المعملية على الذاكرة - من المشتركين في الدراسة نسيان بعض المعلومات،

مثل قائمة من الكلمات. واتضح لهـم أن هـؤلاء الأفـراد يمكـنهم ذلـك بالفعـل Anderson & Green, 2001 . وهذا أظهر أنه كلما مارس الأفراد عملية نسيان الكلمات قلـت قـدرتهم عـلى استعادة تلك الكلمات عندما يطلـب مـنهم ذلـك. وهـذه الدراسـة توضـح أن الأفـراد يمكـنهم نسيان بعض المعلومات عمداً. إلا أن هناك أدلة أخرى تشير إلى عدم حـدوث ذلـك النـوع مـن النسيان في حالة الصدمة. فعنـدما طلـب مـن الـذين تعرضـوا للإسـاءة في الطفولـة تجاهـل أو نسـيان الإشـارات المتعلقـة بالصـدمة التـي تعرضـوا لهـا لم يتمكنـوا مـن ذلـك McNally, Ristuccia, & Rerlman, 2005 . فقائمـة الكلـمات المسـتخدمة في هـذه الدراسـات لم تكـن مؤلمة بدرجة كافية لحدوث الكبت المرغوب.

وقد ركز بعض الباحثين على محاولة فهم طبيعة الذكريات الخاصة بالصدمة بعيـدًا عـن الظروف المعملية. فوجد من خلال إحـدى الدراسـات حـول مـدى إمكانيـة نسـيان الـذكريات الخاصة بالتعرض للإساءة، أن 94% من الأفراد قادرون عـلى تـذكر مـا تعرضـوا لـه مـن إسـاءة عندما طلب منهم ذلـك بعـد مـرور حـوالي أربعـة عشر عامـا تقريبـا Goodman, Ghetti, Quas, et al., 2003 . على النقيض من ذلك، ذكر 6% منهم أن لاتوجد ذاكرة عن الإساءة.

حتى هؤلاء 6% ممن ذكروا عدم وجـود ذاكـرة للإسـاءة، فربمـا نقـص الاسـترجاع يعكـس عمليات متعددة أكثر من كونهـا الكبـت. فربمـا لا يريد الأفـراد التحـدث عـن هـذه الأحـداث أثنـاء المقابلة. أو ربما بعضهم كان صغيراً جداً أثناء هذه الإساءة لدرجة لا تجعلهم قادرين على تذكر هذه الأحداث - فـالأفراد الأكـثر احـتمالاً لعـدم القـدرة على تذكر هذه الأحداث بعـد فـترة متابعـة تصـل إلى 15 سنة، هم الأقل من خمـس سـنوات وقـت حدوث حادث الإساءة. كذلك بعض الصدمات قد تسبب إصابات دماغية تؤدي إلى حدوث فجـوات في الذاكرة. لهذا فالفشل في وصف الـذكريات قـد لا يكـون بسبب الكبت.



أظهرت دراسات الذاكرة أن استرجاع للحدث الشديد مثل هجمات الإرهاب يمكن أن يكون مشوه بدرجة كبيرة

وإذا كـان الكبـت هـو المسـئول عـن الفشل في تذكر الأحداث، فيتوقـع إذن انخفـاض الاسـتدعاء الـدقيق للأحـداث الأكثر شدة. ولكن في الحقيقة وجد على النقيض مـن ذلـك. عـلى سـبيل المثـال في دراسة تتبعية لمدة إلى 15 سنة لـذكريات الإسـاءة، كشـفت أن الأفـراد ذوي

ذكريات إساءة شديدة هم الأكثر تذكرًا وقربًا لأحداث إساءتهم Goodman et al., 2003 . وبالمثل جاءت نتائج دراسة على عينة من محاربي فيتنام، حيث وجد أن الأفراد ذوي خبرات الحرب الشديدة يستطيعون تقديم وصف دقيق للأحداث حتى الآن Krinsley, Gallagher, Weathers, et al., 2003 .

وبعيدًا عن جدال حدوث الكبت أم لا، كيف نفسر ذلك عندما يقوم الفرد بتطوير الذاكرة الجديدة؟ ومن أين تأتي الذكريات المستردة إذا لم يكن المصدر هو الخبرات الواقعية؟. اقترح رواد الباحثين احتمالين لذلك Loftus, 1993 :

1- المؤلفات الشائعة Popular writing: يعد كتيب شجاعة التعافي The Courage to Heal Bess & Davis, 1994 دليلا شائعا جماهيريا لضحايا الإساءة في الطفولة. ويوحي هذا الدليل للقارئ بأنه قد يكون قد تعرض للإساءة في الطفولة ويخبره بأن علامات ذلك هي قلة احترام الذات، والشعور بالاختلاف عن الآخرين، ومعاقرة المواد، والخلل الجنسي، والاكتئاب. إلا أن المشكلة هي أن تلك الأعراض يمكن أن تنتج عن عوامل أخرى غير الإساءة في الطفولة.

2- مقترحات المعالجين النفسيين Therapists' suggestions: إن الكثير من المعالجين النفسيين الذين يعتقدون بصدق أن الكثير من الاضطرابات التي تصيب البالغين تنتج عن الإساءة إليهم في الطفولة يعطون مرضاهم إيحاء مباشرا بأنهم تعرضوا للانتهاك الجنسي في الطفولة Poole, Lindsay, Memon, et al., 1995 - وذلك وفقا لما يقوله هؤلاء المعالجون أنفسهم. وللقيام بذلك يستخدم المعالج النفسي في بعض الأحيان التنويم المغناطيسي لجعل الفرد يعود بذاكرته إلى سن مبكرة، كما يستخدم أسلوب التخيل الموجهة Poole et al., 1995 . ولسوء الحظ إن أساليب التنويم المغناطيسي يمكن بالفعل أن تؤدي دورا في تكوين ذكريات زائفة Lynn, Lock, Loftus, et al., 2003 . أما في أسلوب التخيل الموجهة فيغلق المريض عينيه ويحاول تخيل وقوع حدث ما، وعادة ما يؤدي هذا الأسلوب إلى زيادة اقتناع الفرد في أن الذكرى الزائفة قد وقعت بالفعل. وقد اكتشفت إحدى المجموعات البحثية أن استخدام التخيل الموجهة جعل 55% بالمائة على الأقل من طلبة الجامعات يتذكرون جزئيا على الأقل أحد أحداث فترة الطفولة التي لم تقع أبدا، مثل تعرضهم للضياع أو الأذى Porter, Yuille, & Lehman, 1999 . ولفحص صدق الذكريات المستردة في العلاج، درس مجموعة من الباحثين ثلاث مجموعات من الأفراد: 1 الأفراد ذوي الذكريات المستمرة عن الإساءة في مرحلة الطفولة، 2 وأولئك الذين لديهم ذكريات مستردة بدون معالج، 3 وأولئك الذين لديهم ذكريات مستردة داخل السياق العلاجي. ووجد بروز اختلافات في القدرة على تأكيد ذكريات الصدمات. هذا بينما

كشف حوالي أكثر ما يقرب من نصف الأفراد ذوي الذكريات المستمرة أو ذوي الذكريات المستردة خارج إطار العلاج قد أكدوا ذكرياتهم من مصدر آخر، ولا حدث من الـ 16 تم استدعاؤه داخل العلاج يمكن تأكيده Gerates, Schooler, Merckelbach, et al., 2007 .

وليس فقط حدوث تشوه للذكريات، وبل بمجرد حدوثها، سيؤدي أيضًا لتشوه الطاقة الانفعالية. ففي إحدى الدراسات قام الباحثون باستضافة الأفراد الذين قالوا إن كائنات فضائية اختطفتهم وهذه ذكرى من المفترض زيفها . وأثناء حديث المشاركين في التجربة عما تعرضوا له قام الباحثون بتسجيل معدل ضربات القلب، وإفراز العرق، وعلامات أخرى من علامات الاستثارة الفسيولوجية. لقد حدث للأشخاص الذين يصفون عملية اختطافهم من قبل كائنات فضائية نفس القدر من الاستثارة الجسدية التي تحدث لغيرهم ممن يصفون خبراتهم المتعلقة بالحرب أو الصدمة McNally, Lasko, Clancy, et al., 2004 . فحتى الذكريات الزائفة يمكن أن ترتبط بالكثير من الألم!

وما من شك فيه حدوث الإساءة إلى الأطفال. لكن لابد أن نحذر من تقبل ما يقوله الأفراد عن تعرضهم للإساءة في الطفولة دون أن نحاول التأكد من ذلك. وهذه قضية مهمة لأن استرداد ذكريات التعرض للإساءة أصبحت إجراء مهمًا في القضايا التي تعرض على المحاكم Pope, 1998 . فمن الأمثلة على ما يمكن أن يحدث قيام إحدى السيدات باسترداد إحدى الذكريات خلال العلاج النفسي، فتتهم أحد والديها أو كليهما بالإساءة إليها في الطفولة، ثم ترفع عليهم قضية في المحكمة. ونجد في معظم الجرائم أنه لابد على المدعي أن يرفع القضية في غضون عدد محدد من السنوات بعد وقوع الجريمة. وفي الثمانينيات من القرن العشرين قامت المحاكم في أكثر من ثلاثين ولاية أمريكية بزيادة المدة اللازمة لرفع القضايا في حالة ادعاء المدعي أنه استعاد ذكريات تتعلق بالإساءة إليه أثناء الطفولة Brown, Scheflin, & Whitfield, 1999 . إلا أنه خلال التسعينيات من القرن العشرين تغير الموقف ورفضت الكثير من محاكم الاستئناف الشهادة التي تستند إلى استرداد الذكريات Piper, Pope, & Borowiecki, 2000 . وقد قام أكثر من مائتين من المرضى السابقين برفع قضايا على المعالجين النفسيين يتهمونهم بارتكاب أخطاء مهنية، ويدعون أن هؤلاء المعالجين النفسيين قاموا بغرس ذكريات زائفة عن الإساءة في الطفولة داخل عقولهم McNally, 2003 .

فأخصائيو علم المجتمع والمحاكم يحملون على عاتقهم مسئولية ثقيلة عندما يقررون هل الذكريات المستعادة هي تعبير دقيق عن أحد الحوادث الإجرامية أم لا. فالخطأ في كلتا الحالتين يمكن أن يؤدي إلى وقوع الظلم على المتهم أو المدعي.

فقدان الذاكرة الانفصالي Dissociative Amnesia:

لقد أوضحنا في الحالة الإكلينيكية التي افتتحنا بها هذا الفصل أن المصاب بفقدان الذاكرة الانفصالي يكون غير قادر على استدعاء المعلومات الفردية المهمة، وهي عادة ما تكون معلومات حول تجربة صادمة. ونجد هنا أن مظاهر الخلل في الذاكرة كثيرة جدا بحيث لا يمكن القول بأنها نتيجة للنسيان العادي. وهذه المعلومات لا تفقد إلى الأبد، إلا أنه لا يمكن للمريض استعادتها خلال نوبة فقدان الذاكرة، ويمكن أن تكون تلك النوبة قصيرة تستمر لمدة عدة ساعات أو طويلة تستمر لمدة عدة سنوات. وعادة ما يختفي فقدان الذاكرة فجأة كما ظهر فجأة، ويستعيد المريض ذاكرته بالكامل ولا يكون هناك سوى احتمال ضئيل لعودة حالة فقدان الذاكرة.

المعايير التشخيصية لفقدان الذاكرة الانفصالي في دليل DSM-5

* عدم القدرة على تذكر المعلومات الشخصية المهمة التي عادة ما تتعلق بتجربة صادمة، بحيث يكون فقد الذاكرة على نطاق واسع لا يمكن تفسيره بالنسيان العادي.
* لا يرجع فقدان الذاكرة لسوء استخدام مواد، أو إلى حالات أخرى عضوية أو فسيولوجية.
* وبوجه خاص يشخص بالفئة الفرعية للشرود الانفصالي إذا: ارتبط فقدان الذاكرة بحالة من الذهول والتجول.

وغالبًا ما يتم فقدان المعلومات الخاصة بجانب معين من إحدى الخبرات الصادمة، مثل رؤية أحد الأحباء يموت فجأة. ويحدث في حالات أكثر ندرة أن يتم فقد الذكريات الخاصة بجميع الأحداث الخاصة بفترة محددة من الضغط النفسي. وخلال نوبة فقدان الذاكرة يكون سلوك الفرد يشوبه بعض الارتباك بسبب فقدان الذاكرة.

وفي حالة الفئة الفرعية لفقدان الذاكرة الشديد التي تسمى بالشرود fugue مشتقة من الكلمة اللاتينية fugere بمعنى "على الفرار" ، حيث يكون فقدان الذاكرة أكثر شمولاً. كما ذكر في الحالة الإكلينيكية "بيرت"/"جين" Burt / Gene المذكورة في هذه الصفحات، يصبح الفرد ليس فقط فاقد الذاكرة تمامًا، ولكن فجأة يترك المنزل والعمل، فبعضهم يتجول بعيدًا عن المنزل وهو في حالة ذهول وتوهان، والبعض الآخر يأخذ اسمًا جديداً، ومنزلاً جديداً، ووظيفة جديدة،وحتى قد تصل إلى مجموعة جديدة من خصائص الفردية. حتى إن الفرد قد ينجح في إقامة حياة اجتماعية معقدة. في كثير من الأحيان، بالرغم من ذلك، فإن حياة جديدة لا تتبلور إلى هذا الحد، وقد يكون الشرود نسبيا لفترة وجيزة، وتتألف في معظمها من السفر المحدود ولكن الهادف، إلى الاتصالات الاجتماعية التي تكاد تكون معدومة أو غائبة. عادة ما يكون استرداد الذاكرة كاملاً، بالرغم من أنه قد يأخذ فترات زمنية متفاوتة؛ ولكن بعد الشفاء فإن الفرد لا يتذكر ما جرى خلال فترة الشرود. وقد ذكرت أول حالة موثقة للشرود الانفصالي في التراث الطبي عام 1887 في فرنسا. وقد لقيت هذه الحالة

اهتمام الكثير من المؤتمرات الطبية، كما سجلت بعض حالات الشرود خلال السنوات التالية Hacking, 1998 .

وهذه الأنماط من الخلل في الذاكرة تؤكد على فارق مهم هو أنه عادة ما يحدث في الاضطرابات الانفصالية مظاهر خلل في الذاكرة الظاهرية وليس الذاكرة الضمنية. والذاكرة الظاهرية Explicit Memory التي تقوم باستدعاء الخبرات من خلال الوعي، فنجد مثلا أن تلك الذاكرة هي المستخدمة في وصف دراجة كان الفرد يحتفظ بها أثناء طفولته. أما الذاكرة الضمنية Implicit Memory فتتعلق بالتعلم المعتمد على الخبرات التي لا يتم استدعاؤها من خلال الوعي، فنجد مثلا أن الذكرى الضمنية الخاصة بكيفية ركوب الدراجة هي السبب في السلوك الخاص بركوب الدراجة بالفعل. وهناك العديد من الأمثلة على المصابين باضطرابات انفصالية الذين تبقى الذاكرة الضمنية لديهم سليمة دون خلل Kihlstrom, 1994 . فنجد أن إحدى السيدات على سبيل المثال أصيبت بفقد الذاكرة بعد أن تعرضت لأحد الفصول المضحكة المقالب . ولم يكن لديها ذكرى ظاهرية عن الحدث، إلا أنها أصيبت بالرعب عندما مرت على المكان الذي شهد ذلك المقلب ذكرى ضمنية . وسوف نناقش بعض الاختبارات الحديثة المثيرة للدهشة التي أجريت على الذاكرة الضمنية عندما نتعرض لأسباب اضطراب الهوية الانفصالية.

كذلك من الأهمية عند الاضطرابات الانفصالية استبعاد الأسباب الشائعة لحدوث فقدان الذاكرة، مثل في العته وسوء استخدام المواد. فالعته يتميز بسهولة عن فقدان الذاكرة الانفصالي من خلال أن في حالة العته يحدث خلل تدريجي في الذاكرة بمرور الوقت، ولا يرتبط هذا بالمشقة النفسية، ويصاحبه مظاهر خلل معرفية أخرى مثل عدم قدرة الفرد على تعلم معلومات جديدة. ويمكن ربط فقدان الذاكرة الناتج عن إصابة المخ أو سوء استخدام المواد بوقت الإصابة أو بالمادة التي يتم استخدامها.

ويحدث فقدان الذاكرة بعد التعرض لمشقة شديدة كما في حالات الخلاف الزواجي، الصعوبات المادية أو الوظيفية، أو الخدمة في الحرب، أو كارثة طبيعية، لكن ليس كل فقدان الذاكرة يبدو ناتجاً تالياً مفاجئاً للصدمة Hacking, 1998 . وتجدر الإشارة أيضًا إلى أنه حتى بين الأفراد الذين عانوا الصدمات النفسية الشديدة، مثل السجين في مخيم، نادرًا ما يحدث لهم فقدان الذاكرة والشرود الانفصالي Merckelbach, Dekkers, Wessel, et al., 2003 .

الحالة الإكلينيكية "بيرت"/"جين" Burt/ Gena

أُحضر شاب يبلغ من العمر 42 عامًا إلى غرفة الطوارئ من قبل الشرطة بعد تورطه في مشاجرة بمطعم صغير محل عمله. وقد أخذ المريض اسم "بيرت تيت" Bert Tate، لكن عندما وصلت الشرطة لم يتمكن من تقديم أي تحديد للهوية. وقبل عدة أسابيع

من المشاجرة، وكان "بيرت" قد وصل إلى المدينة وبدأ يعمل طاهيا للطلبات الصغيرة؛ لم يكن لديه ذاكرة عن عمله أو محل إقامته قبل أن يصل إلى المدينة.

وفي غرفة الطوارئ، استطاع "بيرت" الإجابة على أسئلة حول تاريخ ومكان وجوده، لكنه لم يستطع أن يتذكر أي شيء عن حياته السابقة. وقال إنه لا يهتم بالفجوات في ذاكرته. ولم يكن هناك أي دليل على أن استخدام الكحول، أو المواد، أو صدمات الرأس، أو أي حالة طبية يمكن أن تفسر حدوث الفجوات في ذاكرته. ومن خلال البحث في المفقودين وجد أن صفات "بيرت" تنطبق على رجل يدعى "جين" الذي اختفى قبل شهر من مدينة تبعد حوالي 200 كيلومتر. وقد اتصلت زوجة "جين"، وكانت قادرة على تأكيد أن "بيرت" زوجها. وأوضحت زوجته أنه يواجه ضغطا كبيرا في وظيفته كمدير لتصنيع النباتات لمدة 18 شهرا قبل اختفائه. وقبل يومين من اختفائه حدثت مشاجرة عنيفة بين "جين" وابنه المراهق، وخرج من المنزل. وقد ذكر "جين" أنه لا يستطيع التعرف على زوجته Spitzer et al., 1994 .

اضطراب تبدد الفردية/ الغربة عن الواقعDepersonalization/ Derealization Disorder

في اضطراب تبدد الفردية/ الغربة عن الواقع يصبح إدراك الفرد عن ذاته أو المحيطين به متغيرا بشكل مربُك ومقلق. وعادة ما تتغير الإدراكات بعد التعرض للمشقة. وعلى النقيض من الاضطرابات الانفصالية الأخرى، فإنه لا ينطوي على أي اضطراب في الذاكرة. ففي نوبات تبدد الفردية، عادة يفقد الأفراد بشكل مفاجئ إحساسهم بذاتهم. وينطوي هذا على خبرات حسية غير عادية. على سبيل المثال، تبدو أطرافهم قد تغيرت بشكل جذري في الحجم أو أن أصواتهم قد تبدو غريبة لهم، أو قد يكون لديهم انطباع بأنهم خارج أجسامهم، أو يرون أنفسهم من على مسافة بعيدة. وفي بعض الأحيان يشعرون كما لو كانوا آلة، مثل شعور البعض بأنهم روبوتات.

وبالرغم من أن المعايير التشخيصية للدليل الرابع المعدل تشمل عرضًا واحدًا لتعريف هذا الاضطراب وهو التبدد Depersonalization، إلا أن الدليل التشخيصي الخامس اشتمل على عرض آخر وهو الغربة عن الواقع Derealization بجانب عرض التبدد. ويشير عرض الغربة عن الواقع بالإحساس بأن العالم أصبحت غير واقعي. فالتغير في الدليل الخامس يعتمد على وجود دليل بأن أغلب الأعراض تتشابه مع خبرة التبدد وأيضًا خبرة الغربة عن الواقع Simeon, 2009 .

والاقتباس التالي المستمد من الكتاب الطبي لعام 1953، يلتقط بعض الخبرة لهذا الاضطراب:

"فالعالم يبدو مثل غريب، وأجنبي، وخاص، وحلم. وتظهر كائنات غريبة أحيانًا في صغر حجمها، أو مسطحة في بعض الأوقات. وتبدو الأصوات كأنها قادمة من بعيد.... وبالمثل تتغير المشاعر بشكل ملحوظ، ويشكو المرضى بأنهم غير قادرين على الشعور بالألم أو حتى المتعة، فالحب والكراهية لقيا حتفهما. فإن المرضي يشعرون بتغيير جوهري في شخصيتهم، وشكاواهم المستمرة بأنهم أصبحوا غرباء عن أنفسهم. فهم يصفون أنفسهم بأنهم ميتون، أو بدون حياة ....." Schilder, 1953, p.304-305 .

وعادة ما يظهر اضطراب تبدد الفردية/الغربة عن الواقع في مرحلة المراهقة، ويبدأ بشكل فجائي أو يزحف ببطء. فبمجرد بدئه يأخذ الدورة المزمنة لأنه يستمر وقتا طويلا. وتتكرر اضطرابات الفردية المرضية، فخلال فترة حياة هؤلاء المرضى يتم تشخيصهم بحوالي اضطرابين أو ثلاثة من اضطرابات القلق والاكتئاب Simeon, Gross, Guralnik, et al., 1997 . كما في حالة السيدة أ الموضحة في هذه الصفحة، وعادة ما يسجل الإصابة بالصدمة في مرحلة الطفولة Simeon, Guralnik, Schmeidler, et al., 2001 .

وحدد الدليل الخامس DSM-5 لتشخيص اضطراب تبدد الفردية/الغربة عن الواقع أن الأعراض لا يمكن تفسيرها في ضوء اضطرابات أخري، ولذلك فمن المهم استبعاد الاضطرابات التي تشمل عادة أعراض تبدد الفردية، بما في ذلك الفصام، واضطراب ما بعد الصدمة، واضطراب الفردية الحدية Maldonado, Butler, & Spiegel, 1998 . وقد يظهر أيضًا عرض تبدد الفردية بسبب فرط التنفس، أو كعرض شائع ضمن اضطراب نوبات الهلع.

المعايير التشخيصية لاضطراب تبدد الشخصية/ الغربة عن الواقع في دليل DSM-5

* تبدد الشخصية: خبرات انفصال الفرد عن العمليات العقلية أو الجسم، كما لو كان يحلم.
* الغربة عن الواقع: خبرات بعدم واقعية المحيطين به.
* تتسم الأعراض بالثبات أو التكرار.
* لا ترجع الأعراض إلى سوء استخدام المواد، أو أي اضطراب نفسي آخر، أو لحالة طبية.

الحالة الإكلينيكية: السيدة أ Mrs. A

السيدة أ امرأة عمرها 43 عاما، عاشت مع والدتها وابنها، وعملت في وظيفة رجال الدين. وكانت قد شهدت أعراض تبدد الشخصية عدة مرات في السنة كما قالت في حدود تذكرها. وأضافت "أنها كما لو كان حقيقيا يتم أخذ نفسي وتوضع على الرف أو يتم تخزينها في مكان ما داخل جسدي. كل ذلك يجعلني ليست هناك. فهو مثل ستارة غير شفافة... وقالت إنها وجدت هذه الأعراض مؤلمة للغاية. وكانت قد شهدت نوبات هلع لسنة واحدة عندما كان عمرها 35، ووصفت طفولتها بصدمات تشمل مداعبة الأعضاء

التناسلية ليلا، والحقن الشرجية بشكل متكرر من قبل والدتها في سن 10 Simeon et al., 1997, p.1109 .

اضطراب الهوية الانفصالية Dissociative Identity Disorder DID :

لتتخيل كيف يكون إحساسك إذا كنت تعاني اضطراب الهوية الانفصالية. ستجد أن الأفراد يخبرونك بأشياء فعلتها لا تناسب شخصيتك أبدا، كما أنك لا تذكر تلك الأحداث بتاتا. وسوف تستيقظ كل صباح لتجد بجانب سريرك كوبا يحتوي على بقايا الشاي بالرغم من أنك لا تحب الشاي. فكيف يمكنك تفسير ذلك؟

التوصيف الإكلينيكي لاضطراب الهوية الانفصالية: طبقًا للدليل التشخيصي والإحصائي الخامس فإن اضطراب الهوية الانفصالية يتطلب أن يكون للشخص شخصيتان منفصلتان على الأقل بدائل ، أي حالات مختلفة من الوجود والتفكير والإحساس والسلوكيات مستقلة عن بعضها البعض، وتظهر في أوقات مختلفة. وعندما تسيطر كل من هذه الحالات على الفرد فإنها تحدد طبيعة هذا الفرد والأنشطة التي يقوم بها. وفي بعض الأحيان يكون هناك شخصية رئيسة واحدة، وعادة ما يكون هذا هو البديل الفردية الذي يسعى وراء العلاج. وعادة ما يكون هناك من اثنين إلى أربعة بدلاء عند التشخيص، إلا أنه مع العلاج قد يظهر بدلاء أخر. كما أنه من الشائع وجود مظاهر خلل في الذاكرة، حيث يحدث في معظم الحالات ألا يكون هناك أي اتصال بين أحد البدلاء على الأقل والبدلاء الأخر، فنجد مثلا أن البديل الرئيس قد لايكون مدركا أبدا لوجود البدلاء الأخر، وقد لا يتذكر أبدا ما يقوم به هؤلاء البدلاء وما يحدث لهم عندما يظهرون. كما يتطلب ذلك التشخيص أيضا وجود هؤلاء البدلاء على نحو مزمن، فلا يمكن مثلا أن نطلق هذا التشخيص على شخص يعاني تغيرا مؤقتا ناتجا عن تناول أحد العقاقير.

> المعايير التشخيصية لاضطراب الهوية الانفصالية في دليل DSM-5
>
> * يتطلب أن يكون للفرد شخصيتين منفصلتين أو أكثر، أي حالات مختلفة من الوجود والتفكير والإحساس والسلوكيات مستقلة عن بعضها البعض، وتظهر في أوقات مختلفة. وهذا الاختلاف يتم ملاحظته من خلال الآخرين أو الفرد نفسه.
> * فجوات راهنة في استدعاء الأحداث أو المعلومات الشخصية المهمة التي تتجاوز حدود النسيان الطبيعي.
> * لا تعد الأعراض جزءًا من الممارسة الثقافية أو الدينية، ولا ترجع إلى عقاقير أو حالة طبية.
> * في الأطفال، لا تفسر الأعراض في ضوء اللعب التخيلي أو فانتسي اللعب.

ويمكن أن يكون كل بديل على درجة كبيرة من التعقيد، بحيث يكون له أنماط سلوكية وذكريات وعلاقات خاصة به. وعادة ما تختلف شخصيات البدلاء المختلفين عن

بعضها البعض، بل قد تكون متناقضة تماما. فيمكن مثلا أن يستعمل كل منهم يدا مختلفة، ويرتدي نظارات بمقاسات مختلفة للعدسات، ويعاني حساسية لمادة مختلفة. ويكون البديل الأصلي والبدلاء الثانويون جميعهم على وعي بوجود فترات زمنية مفقودة، وقد يحدث أحيانا أن تتردد أصوات البدلاء الآخرين في وعي أحدهم على الرغم من أن ذلك البديل لا يعرف من أصحاب هذه الأصوات.

وعادة ما تبدأ الإصابة باضطراب الهوية الانفصالية في الطفولة، إلا أنه يندر تشخيصه إلا بعد البلوغ. ويعد هذا الاضطراب أكثر شدة وشمولا من الاضطرابات الانفصالية الأخرى، وقد لا يتحقق الشفاء التام منه. وهو أكثر شيوعا عند النساء من الرجال. وكثيرا ما يصاحب هذا الاضطراب اضطرابات أخرى، وعلى وجه الخصوص اضطراب الكرب التالي للصدمة، واضطراب الاكتئاب الرئيس، وسوء استخدام المواد، وحالات الرهاب، واضطراب الفردية الحدية، والخلل في الأداء الجنسي، والاضطرابات المرتبطة بالجسدية Rodewald et al., 2011 . وعادة ما يصاحب اضطراب الهوية الانفصالية أعراض أخرى مثل حالات الصداع، والهلاوس، ومحاولات الانتحار، والسلوكيات المسيئة إلى الذات، وكذلك أعراض انفصالية أخرى مثل فقدان الذاكرة، وتبدد الفردية Scroppo, Drob, Weinberger, et al., 1998 .

ويحدث في بعض الأحيان أن تقوم الصحافة الشعبية بتسمية حالات اضطراب الهوية الانفصالية خطأ بالفصام Schizophrenia انظر الفصل 9 ، ويعود أحد أجزاء تلك الكلمة إلى الأصل اليوناني Schizo الذي يعني "الانفصال عن"، وهذا هو السبب في الخلط بين الاضطرابين. إن أعراض الفصام تختلف تمام الاختلاف عما يحدث في اضطراب الهوية الانفصالية من الانقسام إلى اثنين أو أكثر من الكيانات التي تنفصل عن بعضها البعض تمام الانفصال، ويتميز كل منها بالترابط، وتتواجد في ذات الوقت وعلى نحو تبادلي في نفس الفرد. كما أن المصابين باضطراب الهوية الانفصالية لا يصابون بتشويش التفكير واضطراب السلوك اللذين يميزان الفصام.

ولا يزال هناك بعض الجدل حول إدراج اضطراب الهوية الانفصالية في دليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية DSM. فنجد مثلا أن دراسة مسحية أجريت على الأطباء النفسيين المعتمدين، وأعلن ثلثا هؤلاء الأطباء تحفظهم على إدراج اضطراب الهوية الانفصالية في هذا الدليل DSM Pope Oliva, Hudson, et al., 1999 . وكثيرا ما يرد هذا السؤال على ألسنة الطلبة والعامة: "هل هناك وجود لما يسمى اضطراب الهوية الانفصالية؟" والإجابة هي أن الأطباء الإكلينيكيين يمكنهم وصف هذا الاضطراب بدقة، وبالتالي فهو "موجود" بهذا المعنى. إلا أننا سوف نرى فيما بعد أن الجدل يحتدم حول سبب ظهور تلك الأعراض.

الخصائص الوبائية لاضطراب الهوية الانفصالية: زيادات كبيرة بمرور الوقت.

بالرغم من أوصاف القلق، والاكتئاب، والذهان كثرت في التراث من العصور القديمة حتى



اليوم، إلا أنه لا توجد تقارير عن اضطراب الهوية الانفصالية أو اضطراب فقدان الذاكرة الانفصالية قبل 1800 Pope, Poliakoff, Parker, et al., 2006 . وذكر هذا الاضطراب لأول مرة في القرن التاسع عشر. وبعد مراجعة الدراسات السابقة توصلنا إلى وجود مجموعة من الحالات يصل إلى 77 حالة، يعود معظمها إلى الفترة بين عامي 1890 و1920 Sutcliffe & Jones, 1962 . وبعد عام 1920 قلت حالات هذا الاضطراب التي يبلغ عنها حتى السبعينيات من القرن العشرين، حيث تزايدت تلك الحالات على نحو لافت للنظر، ليس فقط في الولايات المتحدة الأمريكية ولكن أيضا في دول مثل اليابان Uchinuma & Sekine, 2000 . وتم جمع المزيد من البيانات الرسمية الخاصة بمعدل انتشار هذا الاضطراب في عينات من البالغين في مدينة وينيبج في كندا ومدينة سيفاس في تركيا Akyuez et al., 1999; Ross, 1991 .



قامت الممثلة سالي فيلد بلعب دور الفتاة الصغيرة في الفيلم المأخوذ عن كتاب "سيبل" SYBIL، والذي تدور أحداثه حول إحدى الحالات الشهيرة لاضطراب الهوية الانفصالية.

وكان معدل الانتشار 1.3% في الدراسة الكندية و0.4% في الدراسة التركية. وبالرغم من أن معدلات الانتشار تلك قد لا تبدو مرتفعة فإنها كذلك بالفعل، حيث كان يعتقد من قبل أن معدل انتشار هذا الاضطراب لا يزيد على واحد في المليون.

فما الذي أدى إلى تلك الزيادة الهائلة في معدلات تشخيص هذا الاضطراب بمرور الوقت؟ من المحتمل أن المزيد من الأفراد بدأوا يعانون أعراض هذا الاضطراب. إلا أن هناك تفسيرا آخر محتملا، وهو أن النسخة الثالثة من دليل DSM DSM-III التي نشرت في عام 1980 قدمت المعايير التشخيصية لهذا الاضطراب بوضوح للمرة الأولى مما أدى إلى تشخيص المزيد من الحالات Putnam, 1996 . وهناك عامل آخر يحتمل أن يرتبط بزيادة معدل تشخيص اضطراب الهوية الانفصالية، وهو نشر كتاب "سيبل" SYBI في عام 1973، وهذا الكتاب يقدم حالة مثيرة تظهر فيها ست عشرة شخصية Schreiber,1973 . وأدى هذا الكتاب واسع الانتشار إلى المزيد من الاهتمام بهذا الاضطراب، كما تم نشر مجموعة من التقارير الخاصة بحالات أخرى. كما زادت

البيانات الرسمية حول انتشار اضطراب الهوية الانفصالية، حيث وجدت كندا أن ثلث الحالات يتم تشخيصها بهذا الاضطراب، في حين لم تكن الصين على علم بتحديد هذا الاضطراب Ross, 2008 . ويرى بعض النقاد أن هذا الاهتمام الشديد أدى ببعض المعالجين النفسيين إلى جعل مرضاهم يعتقدون أنهم يعانون هذا الاضطراب من خلال الإيحاء، وكانوا في بعض الأحيان يستخدمون التنويم المغناطيسى للتنقيب والتفتيش عن البدلاء. بل إن البعض ادعى أنه في حالة "سيبل" كان المعالج النفسي هو الذي تسبب في ظهور تلك الفرديات بسبب الأهمية التي أعطاها للحالات الانفعالية المختلفة عند "سيبل" من خلال تسمية تلك الحالات Borch-Jacobsen, 1997 . وفي فترة من الفترات كانت حالة "إيف وايت" Eve White التي نشرت في كتاب الأوجه الثلاثة لايف The Three Faces of Eve وتحولت إلى فيلم سينمائي أيضا، هي التقرير الأكثر تفصيلا عن اضطراب الهوية الانفصالية والذي كان متاحا في ذلك الوقت. وقد ثار الكثير من الجدل حول هذه الحالة أيضا كما حدث مع حالة "سيبل".

أسباب اضطراب الهوية الانفصالية: أغلب مرضى اضطراب الهوية الانفصالية ذكروا وجود إساءة شديدة في مرحلة الطفولة. وهناك دليل أيضًا حول أن الأطفال الذين تعرضوا للإساءة هم أكثر عرضة للإصابة بأعراض انفصالية. إلا أنه لم يتضح إذا كانت تلك الأعراض ترقى إلى مستوى تشخيص اضطراب الهوية الانفصالية أم لا Chu, 2000 .

توجد نظريتان رئيستان حول اضطراب الهوية الانفصالية: النموذج التالي للصدمة posttraumatic model والنموذج الاجتماعي المعرفي sociocognitive model. وبالرغم من أن حدوث خلط بسبب من أسمائهم، إلا أن كلا النموذجين يقترح أن الإساءة الجسدية أو انتهاكاً جنسياً أثناء الطفولة تمثل التمهيد للإصابة لاضطراب الهوية الانفصالية. وبالرغم من أن عددًا قليلا ممن تعرضوا للإساءة في الطفولة تطورت الحالة لاضطراب الهوية الانفصالية، فكلا النموذجين يركز على لماذا بعض الأفراد تطور الاضطراب لديهم بعد حدوث الإساءة، وكما سنرى فهناك جدل كبير بين أنصار هذين النموذجين.

يفترض النموذج التالي للصدمة أن هناك بعض الأفراد على وجه الخصوص الذين يحتمل أن يلجأوا إلى الانفصال للتعايش مع الصدمة، ويرى الباحثون أن ذلك يعد عاملا مهمًا يؤدي إلى ظهور البدلاء alters بعد التعرض للصدمة Gleaves, 1996 . وهناك أدلة تشير إلى أن الأطفال الذين يحدث لديهم الانفصال يزداد عندهم احتمال الإصابة ببعض الأعراض النفسية بعد الصدمة Kisiel & Lyons, 2001 . إلا أن اضطراب

الهوية الانفصالية نادر جدا، ولهذا لا توجد دراسات مستقبلية تركز على أساليب التعايش الانفصالية والإصابة بهذا الاضطراب.

أما النظرية الأخرى - أي النموذج الاجتماعي المعرفي - فإنها ترى أن هذا الاضطراب ينتج عن تعلم القيام بالأدوار الاجتماعية. ونجد وفقا لهذا النموذج أن ظهور البدلاء يكون رد فعل تجاه عمليات الإيحاء التي يقوم بها المعالجون النفسيون، أو الاطلاع على التقارير الإعلامية الخاصة بهذا الاضطراب، أو تأثيرات ثقافية أخرى Lilienfeld, Lynn, Kirsch, et al., 1999; Spanos, 1994 . ونجد إذا أن من بين النتائج المهمة المترتبة على هذا النموذج هو أن هذا الاضطراب يمكن أن يحدث خلال العلاج النفسي. إلا أن ذلك لا يعني أن هذا الاضطراب يعد خداعا من خلال الوعي، فالقضية هنا ليست واقعية هذا الاضطراب من عدمها، وإنما كيفية الإصابة به.

ويشير أحد مؤيدي الفكرة التي تقول بأن هذا الاضطراب يعد أساسا عملية لعب أدوار، إلى أن الأفراد الذين يعانون تاريخا من الصدمات يحتمل أن تكون حياتهم على وجه الخصوص ثرية بالخيال، وأن يكونوا قد تدربوا كثيرا على تصور أنهم أشخاص آخرون، وأن تكون لديهم رغبة شديدة في إسعاد الآخرين Spanos, 1994 . ونجد وفقا لهذه النظرية أن الأفراد يتقمصون دور المصاب باضطراب الهوية الانفصالية عندما يتلقون إيحاءات من المعالجين النفسيين أو عندما يجدون ما يحفزهم على التصرف وكأن الفعل السيىء الذي قاموا به من قبل تم من قبل شخصية أخرى. ويشير "ليلينفيلد" Lilienfeld وزملاؤه 1999 إلى أن الكثير من الأساليب العلاجية التي تستخدم لعلاج اضطراب الهوية الانفصالية تعد تعزيزات سلوكية تجعل المرضى يبحثون عن البدلاء، ويقول هذا الباحث إن عمليات الفحص العميق المتكررة والتشجيع على وصف البدلاء قد يؤدي إلى زيادة تلك الأعراض عند الأفراد ذوي الاستعداد للإصابة بها. والحالة الإكلينيكية الخاصة بـ "اليزابيث" Elizabeth تمدنا بمثال متطرف على أحد المعالجين النفسيين الذين يشجعون المريض دون ذرة عقل على تقمص تشخيص اضطراب الهوية الانفصالية، حتى وإن كانت الأعراض لا تتفق مع معايير هذا المرض. وكل الأعراض التي ذكرت في هذه الحالة تعد خبرات شائعة، ومن المؤكد أنه لا يوجد من بين تلك الأعراض ما يطابق المعايير التشخيصية لهذا الاضطراب.

ولن نحظى أبدا بأدلة تجريبية تؤيد أيا من النموذجين، حيث إن التعمد في جعل أحد الأفراد يصاب بالأعراض الانفصالية يعد أمرا ينافي المعايير الأخلاقية. وبالتالي ما الأدلة التي قدمها المنخرطون في هذا الجدل؟

الحالة الإكلينيكية "اليزابيث" Elizabeth مثال على التشخيص غير مبرر

كانت "اليزابيث كارلسن" سيدة متزوجة، تبلغ من العمر خمسة وثلاثين عاما، وتم إحالتها إلى الطبيب النفسي بعد إدخالها المستشفي بسبب إصابتها بالاكتئاب الشديد. وقالت "اليزابيث" أنه بعد بداية العلاج بفترة قصيرة أوحى إليها الطبيب النفسي أن المشكلة التي تعاني منها قد تكون أحد حالات اضطراب تعدد الشخصية المحير الذي يصعب تشخيصه في اغلب الأحيان والذي يشار إليه الآن باسم اضطراب الهوية الانفصالية . وقام الطبيب النفسي الذي يعالجها باستعراض "بعض العلامات التي توحي بالإصابة باضطراب تعدد الشخصية"، ومن بين الأسئلة التي وجهها الطبيب للمريضة للكشف عن وجود تلك العلامات: "هل حدث لك أن "شرد ذهنك" أثناء قيادة السيارة ووصلت إلى وجهتك دون أن تدري كيف حدث ذلك؟"، وتجيب "اليزابيث" "نعم"، فيقول الطبيب "لقد تولى أحد البدلاء القيادة ثم اختفى ثانية وتركك فأنت الشخصية المضيفة" وذلك لتفسير حالة فقد الوعي. ويقول لها الطبيب "هيومنسكي" أن احد العلامات الأخرى لاضطراب الهوية الانفصالية هو سماع أصوات في الرأس، ثم يسألها "هل حدث ابدأ أن جال في ذهنك أي حوارات جدلية، مثل أن تقولي لنفسك "استديري إلى اليمين" ثم تقولين "لا استديري إلى اليسار" ؟ " فتجيب "اليزابيث" "نعم، لقد حدث لي ذلك في بعض الأحيان"، فيقول لها الطبيب أن هؤلاء هم البدلاء يتشاجرون داخل عقلها. وشعرت "اليزابيث" بالدهشة والحرج، فقد قامت بتلك الأشياء على مدى كل تلك السنوات، ولم تكن تدرك أبدا أنها أعراض اضطراب نفسي شديد Acocella, 1999, p.1 .

يمكن أن يقوم الفرد بلعب دور المصاب بأعراض اضطراب الهوية الانفصالية: ثبت أن الأفراد قادرون على لعب دور المصاب بأعراض هذا الاضطراب. وقد أجريت دراسة في الثمانينيات من القرن العشرين تتعلق بهذا الموضوع بعد انتهاء محاكمة أحد السفاحين في كاليفورنيا يشتهر بلقب عشماوي المنحدر Spanos, Weekes, & Bertrand, 1985 . وحاول المتهم القاتل - وكان يدعى "كين بيانشي" Ken Bianchi - الحصول على البراءة بسبب الجنون، حيث ادعى أن الجرائم التي ارتكبها تمت على يد أحد البدلاء الذي يدعى "ستيف" Steve انظر الفصل 16 .

وخلال الدراسة أخبر الباحثون طلبة الجامعة الذين شاركوا في الدراسة أنهم سيلعبون دور متهم قاتل، وأنه على الرغم من وجود الكثير من الأدلة التي تدين هذا المتهم فإن الدفاع يدفع بالبراءة. كما أخبرهم الباحثون بأنهم سيشاركون في محاكاة لإحدى المقابلات النفسية التي يمكن أن يستخدم فيها التنويم المغناطيسي. ثم قام الباحثون بأخذ الطلاب إلى

حجرة أخرى وتقديمهم إلى "الطبيب النفسي" الذي كان في حقيقة الأمر أحد المساعدين في التجربة. وبعد طرح عدد من الأسئلة القياسية على الطلاب تم تعريضهم لواحدة من ثلاث حالات في التجربة. وخلال أهم تلك الحالات - حالة بيانشي - قام الباحثون بإعطاء الطلاب بعض الإيحاءات الأولية من خلال التنويم المغناطيسي، ثم طلب منهم إظهار شخصية ثانية عند كل منهم، كما حدث بالضبط عندما خضع "بيانشي" لتأثير التنويم المغناطيسي. وبعد المعالجات التجريبية قام "الطبيب النفسي" المزعوم بمحاولة تحديد الفردية الثانية التي يمكن أن تظهر. كما طرح على الطلاب أسئلة حول الحقائق الخاصة بحالات القتل العمد. وفي نهاية الأمر وخلال جلسة ثانية طلب من الطلبة الذين اعترفوا بوجود شخصية ثانية لهم الخضوع لاختبارات الفردية مرتين، مرة لكل شخصية من الفرديتين. وقام 81% من الطلبة الخاضعين لحالة "بيانشي" باتخاذ اسم جديد واعترف الكثير من هذه الفرديات الجديدة بارتكاب جرائم القتل العمد. بل إن نتائج اختبارات الفردية لكل من الفرديتين كانت مختلفة كثيرا.

من الواضح إذا أن الأفراد يمكنهم إظهار شخصية أخرى عندما يتطلب الموقف ذلك. إلا أننا لابد أن نتذكر أن ذلك يوضح فقط أن تقمص الأدوار هذا يمكن أن يحدث، فهو لا يعني أبدا أن اضطراب الهوية الانفصالية ينتج من تقمص الفرديات. ونجد علاوة على ذلك أن تأثير تلك الدراسات الخاصة بتقمص الفرديات يعتمد على مدى حتمية هذا التقمص باعتباره مشابها لاضطراب الهوية الانفصالية. وقد أشار النقاد إلى أن هذا الاضطراب يعد اضطرابا معقدا يرتبط بالكثير من الأعراض من بينها الهلاوس السمعية وفقدان الوقت وتبدد الفردية. ولم تنتج أي من هذه الأعراض في دراسات تقمص الفرديات Gleaves, 1996 .



يعد الإساءة الجسدية أو الجنسية للطفل سببا رئيسيا في الإصابة بالاضطرابات الانفصالية

مشاركة البدلاء الذكريات حتى عندما يقدمون تقريرا عن فقدان الذاكرة: أحد ملامح اضطراب الهوية الانفصالية عدم القدرة على استدعاء الخبرة المعلوماتية من خلال أحد البدلاء عند وجود بديل مختلف. وتشير عدة دراسات إلى أنه بالرغم من أن البدلاء المختلفين يقولون إنهم غير قادرين على مشاركة الذكريات، فإنهم بالفعل يشتركون في قدر كبير من المعلومات، وهو ما توضحه الاختبارات البسيطة.

قام مجموعة باحثين بتطبيق اختبارات الذاكرة الضمنية لدى مرضى ذوي اضطراب الهوية الانفصالية Huntjen, Postma, Peters, et al., 2003 . ففي اختبارات الذاكرة الضمنية يتعلم الفرد قائمة من الكلمات، ثم طلب منه أن يتذكرها في الجلسة الثانية. وأيضًا في اختبارات الذاكرة الضمنية، يحدد المشاركون ما إذا كانت أول كلمة في القائمة لها تأثيرات في أدائهم. على سبيل المثال، إذا تضمنت القائمة الأولى كلمة "التهليل" lullaby، ومن ثم يصبح الأفراد أسرع في تكميل الكلمة عندما يتم ذكرها في اللغز. وجاءت النتائج لتكشف عن أن بين الواحد والثلاثين مصابا بهذا الاضطراب ادعى واحد وعشرون في جلسة الاختبار الثانية أنهم لا يذكرون الجلسة الأولى، إلا أن هؤلاء الأفراد كان أداؤهم في اختبارات الذاكرة الضمنية مشابها لأداء غير المصابين بهذا الاضطراب. أي أن قائمة الكلمات التي تعلمها الأفراد في الجلسة الأولى كان لها بعض التأثيرات البسيطة على الأداء خلال الجلسة الثانية التي تم خلالها اختبار بديل آخر.

وقد انتقض بعض الباحثين هذا البحث، واقترح أن اضطراب الهوية الانفصالية ربما يشمل اختلالات في الذاكرة الضمنية. ووجد الباحثون الدليل - من خلال دراسة – على أن البدلاء أيضًا يتشاركون اختلالات الذاكرة الضمنية. وفسر الباحثون تلك النتائج بأنها تؤيد تفسير اضطراب الهوية الانفصالية على أنه تقمص للشخصيات، فالمصابون بهذا الاضطراب استرجعوا الذكريات بدقة أكثر مما ادعوا Kong, Allen, & Glisky, 2008 ..

اكتشاف اضطراب الهوية الانفصالية يختلف من قبل الطبيب: هناك عدد قليل من الأطباء يسهمون أكثر من غيرهم فى: هل التشخيص يكون في غضون فترة زمنية. على سبيل المثال، وجدت دراسة استقصائية أجريت في سويسرا أن 66 في المائة من التشخيصات من DID أدلى أقل من 10 في المائة من الأطباء النفسيين الذين استجابوا Modestin, 1992 . وفي العديد من المراكز، لم يكتشف التشخيص، حيث تم عمل مقابلات تشخيصية لأكثر من 11 ألف مريض خارج المستشفي في أحد مراكز النفسية الرئيسة، ووجد أن تشخيص اضطراب الهوية الانفصالية لم يذكر في حالة واحدة على الأقل. فيميل المعالجون الذين هم على الأرجح لتشخيص اضطراب الهوية الانفصالية إلى استخدام التنويم المغناطيسي، لحث العملاء في محاولة استرجاع خبرات الاعتداء، أو إلى تغير اسمه بشكل مختلف حسب البدلاء. ويقول مؤيدو هذا النموذج الاجتماعي المعرفي إن المبالغة في معدلات التشخيص تدعم فكرة أن بعض الأطباء من المرجح أن يثيروا فعلا في مرضاهم. بينما أنصار نموذج ما بعد الصدمة، مع ذلك، يشيرون إلى أن الأفراد ذوي اضطراب الهوية الانفصالية يتم الإشارة إليها من الأطباء الذين يتخصصون في علاج هذه الحالة Gleaves, 1996 . ومرة أخرى، فإن البيانات غير حاسمة.

العديد من أعراض اضطراب الهوية الانفصالية يظهر بعد بدء العلاج: أظهرت الدراسات أن عند إدخال مرضى اضطراب الهوية الانفصالية العلاج، فإنها عادة ما تكون على علم بوجود بدلاء. ولكن كما تقدم العلاج، أصبحوا على وعي بالبدلاء، ويسجلون بسرعة زيادة عدد البدلاء التي استطاعوا تحديدها. وينسجم هذا النمط مع فكرة أن العلاج تستحضر أعراض اضطراب الهوية الانفصالية Lilienfeld et al., 1999 . وبالرغم من ذلك فأنصار نظرية ما بعد الصدمة، شرحوا هذا النمط من قبل، حيث اقترحوا أن معظم البدلاء يبدأون في الوجود خلال مرحلة الطفولة، ولكن العلاج يسمح فقط للفرد على وعي ووصف للبدلاء.



كين بيانكي السفاح المعروف باسم خانق التلال، حاول دون جدوى أن الدفاع بأنه مجنون. ولكن قررت هيئة المحلفين أنه كان يزور أعراض اضطراب الهوية الانفصالية

ومع ذلك، فقد قدمت أدلة بشأن بداية حالات اضطراب الهوية الانفصالية في الطفولة Lewis, Yeager, Swica, et al., 1997 ، والدراسة التي أجريت على مدى عقدين من الزمن، تشمل الفحص التفصيلي لـ 150 من القتلة المدانين. وجد أن أربعة عشر منهم لديهم أعراض اضطراب الهوية الانفصالية. وثمانية من الأربعة عشر شخصا لديهم مروا بخبرة غيبوبة في مرحلة الطفولة، وكل هذه الأعراض أكدتها ثلاثة مصادر خارجية على سبيل المثال، من خلال مقابلات مع أفراد الأسرة، والمعلمين، وضباط الإفراج المشروط . وعلاوة على ذلك، فإن العديد من الأفراد ذوي اضطراب الهوية الانفصالية قد أظهروا اختلافا واضحا في أنماط الكتابة اليدوية بما يتفق مع وجود بدلاء جيدا قبل ارتكاب الجرائم. ومن ثم تدعم نتائج هذه الدراسة فكرة أن بعض الأعراض تبدأ في مرحلة الطفولة على الأقل لدى بعض الأفراد الذين يتم تشخيصهم بالفعل خلال مرحلة البلوغ. هى ليست واضحة، بالرغم من أن الأعراض المبكرة شملت وجود بدلاء.

علاج اضطراب الهوية الانفصالية: يبدو أن هناك اتفاقا واسع النطاق على عدة مبادئ في علاج اضطراب الهوية الانفصالية، أيا كان توجه الطبيب Kluft, 1994; Ross, 1989 . وتشمل هذا الموقف تعاطفا وإحساس بالرقة، وذلك بهدف مساعدة وظيفة العميل بأن تكون لفرد واحد متكامل كليا. وينبغي أن يكون الهدف من العلاج إقناع الفرد الذي ينقسم إلى شخصيات مختلفة بأنه لم يعد ضروريا التعامل مع الصدمات. وبالإضافة إلى ذلك، على

افتراض أن ذلك هو وسيلة للهروب من ضغوط شديدة، فيمكن أن يساعد العلاج على تعليم الفرد في التعامل بشكل أفضل مع المشقة. ففي كثير من الأحيان، يتعلم الأفراد ذوو اضطراب الهوية الانفصالية في المستشفى تجنب إيذاء النفس والبدء في العلاج بطريقة أكثر كثافة. العلاج النفسي ربما يستخدم أكثر مع اضطراب الهوية الانفصالية الأخرى أكثر من أي اضطرابات نفسية أخرى. والهدف من هذا العلاج هو التغلب على الكبت، باستخدام تقنيات النفسية الأساسية MacGregor, 1996 . فكما ذكرنا بأن اضطراب الهوية الانفصالية يحدث فى محاولة منع الأحداث الصدمية من وجودها في الوعي.

وكثيرا ما يستخدم التنويم المغناطيسي مع المرضى الذين شخصوا باضطراب الهوية الانفصالية كوسيلة لمساعدتهم على الوصول إلى الأحداث المكبوتة Butnam, 1993 . وعادة ما يسهل تنويم المصابين باضطراب الهوية الانفصالية مغناطيسيا Butler, Duran, Jasiukaitis, et al., 1996 . وعادة ما يتم تنويم هؤلاء الأفراد مغناطيسيا وحثهم على العودة بذكرياتهم إلى الأحداث الصادمة في الطفولة، وهو أسلوب يدعى الارتداد العمري age regression. ويأمل المعالجون النفسيون من وراء ذلك أن يؤدي الدخول إلى تلك الذكريات الصادمة إلى جعل الفرد مدركاً بأن أخطار مرحلة الطفولة لم يعد لها وجود، وأن الحياة في البلوغ لا يجب أن تحكمها تلك الأشباح من الماضي Grinker & Spiegel, 1944 . إلا أن هناك من حذر من عدم وجود ما يكفي من الأدلة البحثية التي تشير إلى أن الارتداد العمري يخفف من الأعراض. ومن المؤكد أن العلاج الذي يحدث فيه استرجاع للذكريات قد يكون ضارا، وقد يؤدي إلى تفاقم أعراض هذا الاضطراب Fetkewicz, Sharma, & Merskey, 2000; Powell & Gee, 2000 .

وقد اقترح بعض أخصائيى الصحة النفسية بعض الأساليب لعلاج اضطراب الهوية الانفصالية، وهذه الأساليب تذكرنا بالأساليب المستخدمة في علاج اضطراب الكرب التالي للصدمة. فنجد مثلا أنه في إطار البيئة العلاجية الآمنة والداعمة يتم حث المرضى على العودة بأفكارهم إلى الحدث الصادم الذي يعتقد أنه السبب في مشكلاتهم، وتأمل هذه الأحداث، وتوقع التوافق مع الأحداث الرهيبة التي حدثت لهم.

إن حالات الإصابة باضطراب الهوية الانفصالية نادرة، وبالتالي لا توجد دراسات محكومة لنتائج العلاج. فنجد أن جميع التقارير تقريبا عن هذا الاضطراب مصدرها الملاحظات الإكلينيكية التي قام بتسجيلها أحد المعالجين النفسيين شديدي الخبرة وهو "ريتشارد كلفت" Richard Kluft 1994 . وكلما زاد عدد البدلاء زادت مدة العلاج Putnam, Guroff, Siberman, et al., 1986 ، ونجد بصفة عامة أن فترة العلاج كانت تمتد إلى عامين تقريبا، وإلى ما يقرب من 500 ساعة لكل مريض. وبعد مرور سنوات

على العلاج قال "كلفت" 1994 إن 84% من 123 مريضا نجحوا في تحقيق حالة مستقرة من دمج البدلاء، وإن 10 % كانوا على الأقل في حال أفضل. وفي إطار دراسة متابعة أخرى لاثنى عشر مريضا نجح ستة من هؤلاء المرضى في تحقيق الاندماج الكامل بين البدلاء خلال عشر سنوات Coons & Bowman, 2001 .

وعادة ما توجد أعراض مرضية مشتركة بين اضطراب الهوية الانفصالية والقلق والاكتئاب، وهذه الأعراض المشتركة يمكن تخفيف حدتها في بعض الأحيان من خلال الأدوية المضادة للقلق والاكتئاب. إلا أن هذه الأدوية ليس لها تأثير على اضطراب الهوية الانفصالية ذاته Simon, 1998 .

الملخص السريع:

يتم تعريف الاضطرابات الانفصالية اعتمادًا على اضطرابات في الوعي، التي تتداخل مع الذاكرة، والوعي الذاتي، والأشكال الأخرى للمعرفة. ويتم تشخيص فقدان الذاكرة الانفصالي على أساس عدم القدرة على تذكر تجربة شخصية مهمة، عادة ما تكون تجربة مؤلمة. أما الشرود الانفصالي فهو فئة فرعية لفقدان الذاكرة، التي لا يستطيع الفرد تذكر أحداث مهمة فقط، بل أيضًا يتجول ويفترض هوية جديدة. في اضطراب تبدد الفردية/ الغربة عن الواقع يتم تبديل إدراك الفرد عن ذاته، وعن البيئة المحيطة به؛ فهو يشعر بأنه خارج الجسم أو أن البيئة أصبحت غير حقيقية. والفرد من ذوي اضطراب الهوية الانفصالي يكون لديه اثنان أو أكثر من الفرديات المتميزة، ولكل منها ذكريات فريدة من نوعها، وأنماط السلوك، والعلاقات.

القليل من البحث هو المتاح بشأن أسباب هذه الاضطرابات. وهناك جدل كبير حول أسباب اضطراب الهوية الانفصالية. حيث يقترح نموذج ما بعد الصدمة أن اضطراب الهوية الانفصالية نتيجة الانفصال كطريقة للتعايش عند التعرض للإساءة. بينما يري النموذج الاجتماعي المعرفي بأن اضطراب الهوية الانفصالية يحدث نتيجة لعب الدور للأعراض بين المرضى الذين لديهم تاريخ من الإساءة والاحتياج العميق لإرضاء السلطة.

وقد اقترح بعض خبراء الصحة النفسية استراتيجيات لعلاج اضطراب الهوية الانفصالية التي تشبه الاستراتيجيات المستخدمة في علاج اضطراب ما بعد الصدمة. فعلى سبيل المثال، في سياق بيئة داعمة آمنة من العلاج، يشجع المرضى على التفكير مرة أخرى في الأحداث المؤلمة التي يعتقد أنها وراء إثارة مشكلاتهم. ومن ثم يتوقع أن عرض تلك الأحداث يمكن أن تتصالح مع الأشياء الرهيبة التي أصابتهم.

الاضطرابات المرتبطة بالأعراض الجسدية Somatic Symptom and Related Disorders:

تعرف الاضطرابات المرتبطة بالأعراض الجسدية بأنها الاهتمام الزائد بالأعراض الجسمية أو الصحة. وفي الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الرابع المعدل يشار إلى هذه الاضطرابات بالأعراض الجسمية التي لا يُعرف لها سبب عضوي، وتسمي هذه الاضطرابات بـ "جسدية الشكل" somatoform لتأكيد أن الأعراض تأخذ شكل الإحساسات الجسدية أو الجسمية bodily soma sensations. ولكن مع مرور الوقت، أصبح من الواضح أن هناك صعوبة في تمييز ما إذا كانت بعض الأعراض سببها بيولوجي أم لا. فعادة لا يتفق الأطباء حول السبب الطبي للعرض Rief & Broadbent, 2007 . بعض الأفراد ربما يكون لديهم ظرف صعب تشخيصه بسبب قصور في المعلومات والتكنولوجيا الطبية. بالإضافة إلى أن أغلب الأفراد مروا بخبرة واحدة على الأقل من عدم تشخيص العرض الجسمي الذي أصيبوا به في حياتهم Simon, Von Korff, Piccenlli, et al., 1999 . وقد اشتمل الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس على اضطرابات الأعراض الجسمية بدون تفسير طبي لها.

وكما يتضح في جدول 8-2 أن الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس يشتمل على ثلاث فئات للاضطرابات المرتبطة بالأعراض جسدية الشكل وهي: اضطراب الأعراض الجسدية somatic symptom disorder، واضطراب قلق المرضillness anxiety disorder، وأعراض التحول conversion symptom. ويوضح شكل 8-3 التحول الذي حدث بين الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الرابع المعدل للاضطرابات جسدية الشكل والدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الخامس للاضطرابات المرتبطة بالأعراض الجسدية. حيث يشمل اضطراب الأعراض الجسدية على المشقة الشديدة أو الطاقة المبذولة نحو الأعراض الجسدية. ويحتوى اضطراب قلق المرض على المخاوف من الإصابة بمرض طبي شديد في ظل غياب الأعراض الجسمية. ويتضمن الاضطراب التحولي الأعراض العصبية التي لا تجد تفسيرا طبيا. ويقدم جدول 8-2 أيضًا اضطراب التمارض malingering والتصنع factitious disorder، والاضطرابات المرتبطة في بؤرة الاكتشاف 8-2 .

يميل الأفراد ذوو الاضطرابات المرتبطة بالأعراض الجسدية بالطلب المتكرر للرعاية الطبية، التي تكون في بعض الأحيان مكلفة جدًا. فعادة ما يذهبون إلى عدد متعدد من الأطباء لتركيزهم على الصحة، وكذلك يحاولون استخدام علاجات مختلفة. والحجز في المستشفي وإجراء جراجات من الأمور الشائعة لدى هذه الفئة. وتشير التقديرات إلى أن الاضطرابات المرتبطة بالأعراض الجسدية تصل النفقات الطبية لها إلى 256 بليون

دولار في السنة لدى الولايات المتحدة Barsky, Orav, & Bates, 2005 . وبالرغم من حصول مرضى هذه الاضطرابات على الرعاية الطبية، إلا أنهم يشعرون بعدم الرضا نحو هذه الرعاية الطبية. عادة ما يصفون أطباءهم بأنهم غير أكفاء أو مهتمين بهم Persing, Stuart, Noyes, et al., 2000 . ولهذا نجدهم باستمرار يطلبون العلاج المكثف من خلال زيارات أطباء جدد والقيام بفحوصات جديدة. ومن ثم يصبح هؤلاء المرضى غير قادرين على العمل بسبب اهتمامهم الزائد بصحتهم.

وتم انتقاد مجموعة من الاضطرابات المرتبطة بالأعراض الجسدية على أنها مجموعة من التشخيصات لعدة أسباب:

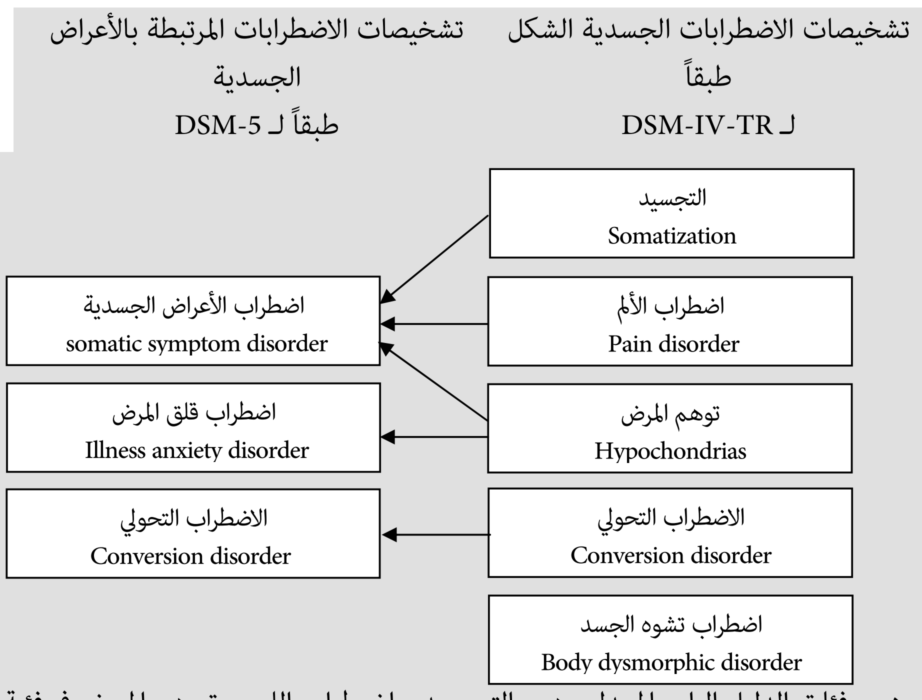
- هناك تنوع وتفاوت شديد بين الأفراد المصابين بهذه الاضطرابات. فعلى سبيل المثال، بعض الأفراد تطور الأعراض الجسدية في سياق اضطرابات القلق والاكتئاب، في حين أن البعض الآخر لا يفعل ذلك Lieb, Meinlschmidt, & Araya, 2007 . فالبعض لدية الظروف الطبية التي تبرهن هذه الأعراض، في حين أن البعض الآخر لا.
- يُعرف كل من اضطراب الأعراض الجسدية واضطراب قلق المرض من خلال الاهتمامات الشديدة بالصحة، التي تسبب القلق الشديد أو مزيدا من إهدار الوقت والطاقة. وهذا يمثل معيارا ذاتيا. فما نقطة الحد التي تصف هذا الاهتمام بأنه إهدار للطاقة؟

جدول 8-2: عرض موجز للاضطرابات المرتبطة بالأعراض الجسدية

التشخيصات طبقًا لـ DSM-5	التوصيف	التغيرات المفتاحية في DSM-5
اضطراب الأعراض الجسمية Somatic symptom disorder	الأفكار أو المشاعر أو السلوكيات الزائدة المرتبطة بالأعراض الجسمية.	- لا يوجد للأعراض تفسيرات طبية واضحة. - الألم pain جزء من الأعراض، وليس تشخيصا منفصلا.
اضطراب قلق المرض Illness anxiety disorder	المخاوف الشديدة من الإصابة بمرض خطير بالرغم من غياب الأعراض الجسمية الجوهرية.	تشخيص جديد.

التشخيصات طبقًا لـ DSM-5	التوصيف	التغيرات المفتاحية في DSM-5
الاضطراب التحولي Conversion disorder	الأعراض العصبية التي لا يمكن تفسيرها بأمراض طبية أو سلوك جزائي للثقافة. حسية او حركية لا يوجد لها سبب فسيولوجي.	- إزالة المعيار التشخيصي بإثبات الطبيب بأن أعراض المريض غير مفتعلة. - إزالة المعيار التشخيصي بظهور الاستهداف للعوامل النفسية. - يؤكد أهمية الفحوصات العصبية.
التمارض Malingering	أعراض جسمية أو نفسية مزيفة بشكل قصدي للحصول على مكاسب من هذه الأعراض.	
الاضطراب المصطنع Factitious disorder	أعراض جسمية أو نفسية يحدثها المريض عمدًا، بدون دليل على وجود مكاسب من هذه الأعراض.	

وبسبب حداثة تعريفات هذه الاضطرابات، فلا توجد دراسات وبائية على نسب انتشار كل اضطراب على حدة. ومن استقراء الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل، فإنه عادة تبدأ الاهتمامات بكل من الأعراض الجسمية وقلق المرض في بداية مرحلة البلوغ Cloninger, Martin, Guze, et al., 1986 . وبالرغم من أن الكثير يمرون بخبرات الاهتمام خلال حياتهم، فالأغراض قد تتضاعف أو تزول، أو قد يحدث شفاء تلقائي. وقد وجدت إحدى الدراسات أن الثلث المرضي المشخصين باضطراب التجسيد disorder Somatization استمرت عندهم الأعراض عند إعادة تقييم حالتهم بعد مرور 12 شهرا Simon & Gureje, 1999 . وتستمر أكثر المشقة المترتبة على الاهتمامات بالصحة Barsky, Fama, Bailey, et al., 1998 . وتميل الاضطرابات المرتبطة بالأعراض الجسدية إلى الحدوث مع اضطرابات القلق، واضطرابات الحالة المزاجية، واضطرابات استخدام المواد، واضطرابات الفردية Golding, Smith, & Kashner, 1991; Kirmayer, Robbins, Paris, 1994 .



تم دمج فئات الدليل الرابع المعدل وهي التجسيد، واضطراب اللم، وتوهم المرض في فئة واحدة طبقًا للدليل التشخيصي الخامس، وهناك بعض الأفراد المشخصين بتوهم المرض قد يندرجون تحت فئة اضطراب قلق المرض، أما اضطراب تشوه الجسد فقد تم نقله لفصل الاضطرابات المرتبطة بالوسواس القهري في الدليل الخامس.

المعايير التشخيصية لاضطراب الأعراض الجسدية في دليل DSM-5

* وجود واحد أو أكثر من الأعراض الجسدية التي تسبب مشقة أو تداخل مع الحياة اليومية.
* القلق أو الانشغال الزائد أو إهدار الوقت والطاقة نحو الأعراض الجسمية.
* تستمر هذه الأعراض على الأقل ستة أشهر. وتتنوع الأعراض الجسدية بشكل جوهري.
* تحديد إذا كان الألم سائدًا أو المهيمن.

الوصفات الإكلينيكية لاضطراب الأعراض الجسدية Clinical Description of Somatic Symptom Disorder:

هناك ثلاثة معايير تشخيصية أساسية لاضطراب الأعراض الجسدية هي: 1 وجود واحد أو أكثر من الأعراض الجسدية التي تسبب مشقة أو تتداخل مع الحياة اليومية. 2 القلق أو الانشغال الزائد أو إهدار الوقت والطاقة نحو الأعراض الجسمية. 3 تستمر هذه الأعراض على الأقل ستة أشهر. وتتنوع الأعراض الجسدية بشكل جوهري - كما سيتضح في حالة "ماريا" Maria، فالبعض يكون لديه خبرة تشمل أعراضا متعددة من

أجـزاء وأجهزة مختلفة في الجسم. والآخـرون قـد يكـون لـديهم خـبرة الألم كأسـاس للانشـغال بالصحة.

وتبدأ الأعراض الجسدية بعد التعرض للمشقة أو للصراع. حيث يلاحظ أن الفرد يستخدم هذه الأعراض الجسدية لتجنب بعض الأنشطة غير السارة أو لجذب الانتباه والتعـاطف معـه، ولكن هناك بعض الأفراد باضطراب الأعراض الجسدية ليس لديهم هذا الإحسـاس - بمعنـي أن خبرتهم بهذه الأعراض جسميًا بشكل كامل. فالمرضى الذين لـديهم الألم يكـون محـور حيـاتهم، يستهدفون للخطر نتيجة اعتمادهم على مسكنات الألم. ومن الضروري فهم الجوانب النفسـية للألم، لأن الملايين من الأميركيين يمرون بخبرة الألم المزمن، ويهـدرون مليـارات الـدولارات لضـياع وقت العمل، والمعاناة الفردية والعائلية غير المحتملة Turk, 2001 .

ويحتوي الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الخامس على تغيرات عديـدة في تشخيص هذه الأعراض. فكما يتضح من شـكل 8-3 ، فصـل الـدليل التشـخيصي والإحصـائي للاضطرابات النفسية الرابع المعدل اضـطراب الألم الـذي يُعـد فيـه اللـم هـو العـرض الـرئيس واضطراب الجسدية الـذي يشـمل أعراضـا جسـمية متعـددة مـن أجهـزة الجسـم المختلفـة . وبسبب تداخل هذه الاضطرابات، دمـج الـدليل التشـخيصي والإحصـائي للاضـطرابات النفسـية الخامس الفئتين التشخيصيتين معًا في اضطراب الأعراض الجسدية. وبالمقارنة بين الدليلين نجـد أن الدليل الخامس أكد على المشـقة والسـلوك المصـاحب للأعـراض الجسـدية أكـثر مـن عـدد الأعراض الجسدية.

الوصفات الإكلينيكيـة لاضـطراب قلـق المـرض Clinical Description of Illness Anxiety Disorder:

إن السمة الرئيسة التي تميز اضطراب قلق المرض هي الانشغال بالمخاوف من كون الفـرد مُصابا بمرض خطـير بـالرغم مـن عـدم وجـود أعـراض جسـدية جوهريـة. ولـكي تطـابق هـذه المخاوف المعايير التشخيصية لهذا الاضـطراب في دليـل DSM لابـد أن تسـتمر هـذه المخـاوف لمدة ستة أشهر على الأقل.

ويتوازي اضـطراب قلـق المـرض بشـكل مـا مـع تشـخيص اضـطراب تـوهم المـرض Hypochondrias في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الرابـع المعـدل، وهو يُعرف بالخوف الشديد من الأمراض الخطيرة. ولكن لا يُعد اضطراب تـوهم المـرض مثل اضطراب قلق المرض، فيُشخص الفرد باضطراب قلـق المـرض فقـط عنـدما لا يوجـد هناك أي أعراض جسدية. فأغلب الأفـراد الـذين يشخصـون باضـطراب تـوهم المـرض في الـدليل التشـخيصي والإحصـائي للاضـطرابات النفسـية الرابـع المعـدل لـديهم خـبرة مـن

الأعراض الجسدية التي تركز على قلقهم. ولكن أوضح الآن الدليل الخامس أن المخاوف من الأمراض الخطيرة المصاحب بالأعراض الجسدية يتم تشخيصها باضطراب الأعراض الجسدية. وذلك بسبب أن القلة من الأفراد ذوي توهم المرض يكونون خاليين من الأعراض الجسدية. ومن ثم هؤلاء القلة يتم تشخيصهم ضمن فئة اضطراب قلق المرض.

فعادة ما يصاحب اضطراب قلق المرض اضطرابات القلق واضطرابات المزاج Noyes, 1999 .

المعايير التشخيصية لاضطراب قلق المرض في دليل DSM-5:

* الانشغال والقلق الشديد من كونه مُصاب أو سيصاب بمرض خطير.
* زيادة سلوك المرض مثل فحص علامات المرض، طلب إعادة الاطمئنان أو سلوك عدم التوافق التجنبي مثل تجنب الرعاية الطبية أو الأقارب المرضى..
* لا توجد أعراض جسدية ملحوظة.
* لا يتم تفسير في ضوء اضطرابات نفسية أخرى.
* يستمر الانشغال على الأقل ستة أشهر.

الحالة الإكلينيكية "ماريا" Maria:

"ماريا" سيدة تبلغ من العمر الثانية والثلاثين. قام طبيبها بإحالتها إلى إحدى العيادات النفسية. كانت "ماريا" قد ذهبت للطبيب 23 مرة على مدى ستة أشهر. وكانت تشكو من عدد من الأعراض غير الواضحة: أوجاع وآلام عامة، ونوبات من الغثيان، وإجهاد، وعدم انتظام الطمث، والدوار. إلا أن الاختبارات الطبية المختلفة فحص كامل للدم، تصوير بالأشعة السينية، أخذ عينات من السائل النخاعي الدماغي، وغيرها لم تؤكد إصابتها بأي مرض عضوي.

وعند مقابلة المعالج النفسي أخبرته أنها كانت تكره العلاج النفسي إلى حد ما: "لقد أتيت إلى هنا فقط لأنني أثق في الطبيبة التي تعالجني، وقد طلبت مني المجيء إلى هنا، إنني مريضة عضويا ولا أدري كيف سيتمكن أخصائي نفسي من مساعدتي". إلا أنه عندما طلب منها المعالج النفسي وصف مشكلاتها الجسدية سرعان ما تحمست لتلك المهمة. قالت إنها كانت دوما تشعر بالمرض، فعندما كانت طفلة كانت تعاني نوبات من الحمة الشديدة، وعدوى متكررة في الجهاز التنفسي، وتشنجات، وأول عمليتين جراحيتين في حياتها: استئصال الزائدة واللوزتين. وبينما كانت تواصل حكايتها أخذت تعطي تفاصيل نابضة بالحياة عن مشكلاتها: "نعم، لقد عانيت بعض مشكلات التقيؤ عندما كنت في العشرينات من العمر. وفي إحدى الفترات كنت على مدى أسابيع أتقيأ كل ما أتناوله، حتى إنني كنت أتقيأ السوائل، بل وحتى المياه؛ كانت مجرد رؤية الطعام تجعلني أتقيأ. ولم أكن أتحمل أبدا رائحة طهي الطعام. لابد أنني كنت أتقيأ كل عشر دقائق". وخلال العشرينات من عمرها كانت ماريا تتردد على الأطباء، فقد ذهبت إلى عدد من أطباء النساء بسبب عدم انتظام الطمث، وعسر الجماع dyspareunia الشعور بالألم أثناء الاتصال الجنسي ،

وخضعت لعمليات توسيع وكشط كشط بطانة الرحم . كما أحالها الأطباء إلى الأخصائيين العصبيين بسبب إصابتها بحالات صداع ودوار وإغماء، فقاموا بعمل رسم المخ للنشاط الكهربائي، وأخذ عينات من السائل النخاعي الدماغي، بل وتصوير المخ بالأشعة المقطعية. وطلب منها أطباء آخرون عمل صور أشعة بالأشعة السينية حتى تمكنوا من إيجاد السبب في ألم البطن عندها، كما طلبوا منها عمل مخطط كهربائي لنشاط القلب من أجل معرفة سبب آلام الصدر لديها. وقام الأطباء كذلك بعمل جراحات لها في المرارة والمستقيم استجابة لتوسلاتها.

وعندما تحول المعالج النفسي بعيدا عن تاريخها المرضي اتضح أنها كانت تصاب بتوتر شديد في الكثير من المواقف، وخاصة تلك المواقف التي كانت تعتقد أنها موضع تقييم الآخرين فيها. وكان من المؤكد أن بعض الشكاوى الجسدية لديها يمكن أن تعد نتائج للقلق.

الوصفات الإكلينيكية للاضطراب التحولي Clinical Description of Conversion Disorder:

المعايير التشخيصية للاضطراب التحولي في دليل DSM-5

* ظهور واحد أو أكثر من الإعراض التي تؤثر على الوظائف الحركية أو الحسية وتوحي بوجود مرض عصبي أو عضوي.
* لا يوجد مرض عضوي يفسر ظهور هذه الأعراض.
* تتسبب الأعراض في كرب شديد أو خلل في أداء الفرد أو تستدعى تقييم الحالة طبيا.

إن المُصاب بالاضطراب التحولي يشعر فجأة بأعراض حسية أو حركية - مثل فقدان مفاجئ للبصر، أو الشلل المفاجئ - توحي بإصابته بمرض يرجع إلى وجود تلف في الجهاز العصبي، إلا أن الفحوص والاختبارات الطبية تشير إلى أن أعضاء الجسد والجهاز العصبي بحالة جيدة. وقد يصاب بعض الأفراد بشلل جزئي أو تام في الأذرع أو الأقدام؛ أو نوبات من المرض واضطرابات التناسق الحركي؛ أو إحساس بالألم الحاد، أو الوخز، أو التنميل؛ أو عدم الحساسية للألم؛ أو فقدان الإحساس. وقد يصاب البصر بخلل خطير، فقد يفقد الفرد البصر جزئيا أو كليا، أو يرى فقط الأشياء الموجودة بالقرب من مجال الرؤية، وهو ما يسمى بالرؤية النفقية tunnel vision حيث يكون مجال الرؤية محدودا كما لو كان الفرد ينظر من خلال أنبوب. ومن بين أعراض اضطراب التحول أيضا فقدان الصوت aphonia، ويختلف ذلك عن الهمس. والخشام anosmia وهو فقدان حاسة الشم. وبعض المصابين باضطراب التحول يبدو عليهم الرضا أو حتى الهدوء والصفاء، ولا يبدو عليهم التحمس الشديد للتخلص من الأعراض، ولا يرجعون تلك الأعراض إلى أي موقف عصيب يعانونه.

إن الاضطراب التحولي له تاريخ طويل، فهو يعود إلى المؤلفات الأولى حول السلوك غير السوي. وكان مصطلح الهستيريا Hysteria هو الاسم الأصلي لهذا الاضطراب، وكان الطبيب اليوناني "أبقراط" يعتقد أن هذا الاضطراب مرض لا يصيب إلا النساء، ويحدث بسبب تنقل تجول الرحم في جميع أجزاء الجسم. وكلمة "hysteria" تعني "الرحم" باللغة اليونانية، وكان الرحم المتنقل يرمز إلى اشتياق جسد المرأة إلى إنجاب الأطفال. وبدا مصطلح "التحول" conversion مع "سيجموند فرويد"، الذي كان يرى أن القلق والصراع النفسي يتحولان إلى أعراض جسدية انظر الحالة الإكلينيكية "أنا" Anna، فهي حالة مؤثرة بالنسبة للنظرة .

ويحتوي الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الخامس على تغييرين في التشخيص. حيث وصف التشخيص سابقًا هذه الأعراض في ضوء ارتباطها بمصادر المشقة النفسية، وأن المريض لا يتعمد المرض. فكل من هذين المعيارين التشخيصيتين لايمكن قياس ثباتهما. وثم حذفهما من الدليل الخامس.

فعندما يذكر المريض أعراضًا عصبية، فمن الضروري قياس ما إذا كان لهذه الأعراض أساس عصبي حقيقي أم لا. ففي بعض الأحيان تساعد الاختبارات السلوكية في التمييز. على سبيل المثال ضعف القدم لا يتسق عند اختبار المقاومة Stone, Lafrance, Levenson, et al., كذلك في مثال آخر فقد يظهر المرضى نوبات مشابهة للصرع وفي ذات الوقت يسجل نشاطا طبيعيا في رسم المخ Stone et al., 2010 .

وبالرغم من سهولة التشخيص التفريقي، إلا أنه لا يزال الإكلينيكيون يتوخون الحذر نحو التشخيص. ولنأخذ مثالا تقليديا هو "فقد الحس القفازي" glove anesthesia، وهو أحد الأعراض النادرة للاضطراب التحولي، وفيه يفقد الفرد الإحساس في ذلك الجزء من اليد والساعد الذي يغطيه القفاز عند ارتدائه أو يقل ذلك الإحساس بدرجة كبيرة. وكان المختصون لسنوات يعدون ذلك رسما توضيحيا يظهر في الكتب الدراسية، وليس له أساس منطقي من الناحية التشريحية، لأن الأعصاب تمتد دون انقطاع من اليد متجهة إلى أعلى الذراع. إلا أننا اكتشفنا الآن أنه حتى في تلك الحالة يمكن إعطاء تشخيص خاطئ إذا كان الفرد يعاني متلازمة النفق الرسغي carpal tunnel

المعايير التشخيصية للاضطراب المصطنع في دليل DSM-5
* تصنع الأعراض الجسمية أو النفسية، أو الإصابة أو المرض.
* استمرار السلوك المخادع حتى في غياب المكافآت الخارجية الملحوظة.
* لا يوجد مرض عضوي يفسر ظهور هذه الأعراض.
* يفترض الاضطراب المصطنع من الذات، أن يكون الفرد مريضًا أو مضطربًا أو مجروحاً.
* يفترض الاضطراب المصطنع من الآخرين، أن يكون الفرد مريضًا أو مضطربًا أو مجروحاً.

syndrome، وهو مرض تم اكتشافه حديثا إلى حد مـا، ويمكـن أن يتسـبب في أعـراض شـبيهة بإعراض فقد الحس القفـازي أن أعصـاب الرسـغ تمتـد خـلال نفـق يتكـون مـن عظـام الرسـغ والأغشية، قد يتورم هذا النفق ويضغط على الأعصاب مما يؤدي إلى إحساس بالوخز الخفيـف والخدر والألم في اليد. والأفراد الذين يستخدمون لوحة مفاتيح الكمبيوتر لساعات طويلة يوميا يعانون خطر الإصابة بهذا المرض. ولتحسين ثبات تشخيص الاضطراب التحـولي، وضـع الـدليل الخامس إرشادات للإكلينيكيين لكيفية قياس ما إذا كانت هذه الأعراض غير مفسرة طبيًا.

وعادة ما تظهر أعراض الاضطراب التحولي في مرحلة المراهقة أو بدايـة البلـوغ، وخاصـة بعد التعرض لـبعض الضـغوط الحياتيـة. ويمكـن أن تنتهـي نوبـة الأعـراض سريعـا إلا أن هـذا الاضطراب يحتمل أن يعود عاجلا أم آجلا إمـا بصـورته الأصـلية أو في صـورة أعـراض مختلفـة. ويبلغ معدل انتشار الاضطراب التحولي إلى أقل من 1 بالمائـة، والسـيدات أكـثر إصـابة بـه مـن الرجـال Faravelli, Salvatoei, Galassi, et al., 1997 . وقـد بلغـت نسـبة الإصـابة بهـذا الاضطراب 3% بين مرضى العيادات العصبية Fink, Hansen, & Sondergaard, 2003. وقـد يشخص مرضى الاضطراب التحولي بفئة أخرى لاضـطراب الأعـراض الجسـدية Brown et al., 2007 . ونفس المرضي يتم تشخيصـهم بالاضـطراب الانفصـالي Sar, Akyuz, Kundakci, et al., 2004 . وعادة ما يشيع اضطرابات أخرى تشـمل اضـطراب الاكتئـاب الـرئيس، واضـطراب سوء استخدام المواد، واضطرابات الفردية Brown et al., 2007 .

الحالة الإكلينيكية "أنا" Anna:

يقول التقرير المبدئي عن تلك الحالة إن "أنا" كانت تجلس بجانب سريـر والـدها المـريض بشدة، ثم دخلت في أحد أحلام اليقظة، فرأت ثعبانـا أسـود يقـترب مـن والـدها المـريض لـكي يلدغه، فحاولت إبعاد الثعبان إلا أنها وجدت أن ذراعها قـد شـلت، وعنـدما نظـرت إلى يـدها بدت أصابعها، وكأنها تتحول إلى ثعابين صغيرة رؤوسها جماجـم بشريـة. وفي اليـوم التـالي رأت فرعا معوجا لأحد الأشجار فجاءتها ثانية تلك الهلاوس الخاصة بالثعبان فتيـبس ذراعهـا الأيمـن ولم تكن قادرة على ثنيه. وكلما رأت بعد ذلك شـيئا يـذكرها بتلـك الهـلاوس كـان نفـس الشيء يحدث لذراعها، أي يتصلب ولا تستطيع ثنيه. وفيما بعد تفاقمت الأعراض وتحولـت إلى شـلل النصف الأيمن كله من الجسد وفقدان الإحساس فيه هذه الحالة مسـتقاة مـن دراسـة برويـر وفرويد، 1982/1895 .

تركيز الاكتشاف 8-2

التمارض والاضطراب المصطنع Malingering and Factitious Disorder

في تقييم الأعراض الجسدية، يحتاج الإكلينيكيون إلى واعين باحتمالية اضطراب المصطنع والتمارض. فكل منهما يشمل أعراضا جسدية. ففي التمارض يتظاهر الفرد عن عمد بالعجز الجسدي من أجل التهرب من مسئولية ما، مثل العمل أو الخدمة العسكرية؛ أو من أجل تحقيق هدف ما، مثل الحصول على مبلغ التأمين. وبالتالي يرتبط التمارض بالاضطرابات الجسدية التي يظهر على المصابين بها أيضا أعراض لا يوجد لها سبب عضوي.



سجنت "كاثلين بوش" بتهمة إساءة معاملة الأطفال والاحتيال عمدا في إصابة ابنتها بالأمراض

وللتمييز بين التمارض والاضطراب التحولي يحاول الأطباء الإكلينيكيون تحديد هل المريض يظهر هذه الأعراض شعوريا أم لا شعوريا، ففي حالة التمارض يتحكم المريض إراديا في الأعراض الشبيهة بالاضطراب التحولي، وهو مالا يحدث في حالة الاضطراب التحولي. وغالبا ما تتمادى شركات التأمين في محاولة إثبات أن الفرد يتظاهر بالأعراض المرضية، ويمكنه في الواقع القيام بوظائفه جيدا بعيدا عن عيادات الأطباء. وعندما تفشل هذه الأعمال البوليسية يكون من الصعب في كثير من الأحيان - إن لم يكن مستحيلا - التأكد من هل هذا السلوك المرضي شعوري أم لا شعوري؟.

ففي الاضطراب المصطنع يقوم الأفراد بأحداث أعراض عضوية عن عمد أو نفسية في بعض الأحيان . فيمكن مثلا أن يتظاهروا بوجود ألم حاد أو يقوموا بإحداث إصابات في أجسادهم.ففي بعض الأمثلة الشديدة على جعل المرضى أنفسهم مرضي بالفعل، مثل جرح أنفسهم، تناول أدوية مدمرة، حقن أنفسهم بالسموم. إلا أن الاضطراب المصطنع يختلف عن التمارض في أن أعراض الأول أقل ارتباطا فيما يبدو بتحقيق هدف معين، أي أن الدافع وراء التظاهر بتلك الأعراض أقل وضوحا منه في حالة التمارض. فالشخص يريد أن يؤدي دور المريض لسبب غير معروف.

وفي إحدى الحالات الشديدة من هذا الاضطراب تم إدخال سيدة تسمى "سكوت" Scott إلى المستشفى أكثر من 600 مرة، وخضعت لاثنتين وأربعين عملية جراحية

Grady, 1996 . وبسؤال المريضة وجد أنها تفعل ذلك للحصول على الاهتمام من المقربين لها عند دخولها المستشفي.

ويشخص أيضًا الاضطراب المصطنع من أحد الوالدين الذي يخلق الأمراض الجسدية في الطفل؛ في هذه الحالة يسمى الاضطراب صنعي المفروض من الآخر factitious disorder imposed on another أو Munchausen syndrome. وفي إحدى الحالات الشديدة من هذا الاضطراب أدخلت فتاة عمرها سبع سنوات المستشفى أكثر من 300 مرة وشهدت 40 عملية جراحية بتكلفة أكثر من 2 مليون دولار. وكانت الأم هي التي تسبب الأمراض لها باستخدام الأدوية وحتى تلويث أنبوب التغذية لها بالمواد البرازية Toufexis, Blackman, & Drummond, 1996 .

أسباب الاضطرابات المرتبطة بالأعراض الجسدية:

بالرغم من أن هناك احتمالا بأن الاضطرابات المرتبطة بالأعراض الجسدية موروثة، إلا أن الدراسات أشارت إلى عدم وجود تشابه وراثي بين التوائم بالنسبة لهذه الاضطرابات Torgersen, 1986 ، والاضطراب التحولي Slater, 1961 . وتبدو هذه الاضطرابات بأنها غير قابلة للتوريث.

واعتبارًا للدراسات المرتكزة على أسباب الاضطرابات المرتبطة بالأعراض الجسدية، أحد التحديات التي تواجهها أن تشخيصات الدليل الخامس اختلفت عن التشخيصات الواردة فى الدليل الرابع المعدل. فالملامح الرئيسة للاضطرابات المرتبطة بالأعراض الجسدية واضطراب قلق المرض تشمل الانتباه الشديد على الأعراض الجسدية والقلق غير المناسب نحو الصحة. وتركز النماذج العصبية البيولوجية والسلوكية المعرفية على فهم هذين الاضطرابيين، وسوف نصف هذه النماذج. وبعد مناقشة الأبحاث، سنركز على الاضطراب التحولي، الذي ركزت النظرية السيكودينامية على تفسيره بجانب المؤثرات الثقافية والاجتماعية.

العوامل العصبية البيولوجية التي تزيد الوعي والمشقة نحو الأعراض الجسدية: كل فرد تقريبًا مر بخبرة الأعراض الجسدية. على سبيل المثال، ربما نشعر بالألم في العضلات بعد يوم عمل مرهق، أعراض بسيطة لنوبة برد. ولفهم الاضطرابات المرتبطة بالأعراض الجسدية، تمثل القضية الرئيسة هنا ليس ما إذا كان الأفراد لديهم بعض الإحساسات الجسدية أم لا، بل لماذا بعض الأفراد يصبحون أكثر وعيا من قبل الشعور بالمشقة لهذه الإحساسات.

تركز النماذج العصبية البيولوجية للاضطرابات المرتبطة بالأعراض الجسدية على أجزاء المخ التي تنشط من خلال الإحساسات الجسدية غير السارة. فالألم والإحساسات

الجسدية المزعجة مثل السخونة، تزيد من نشاط أجزاء من المخ تسمي العزل الأمامي the anterior insula والتلفيف الحزامي the anterior cingulated Price, Craggs, Zhou, et al., 2009 . هذه الأجزاء ترتبط بقوة مع القشرة المخية الحسية الجسدية the somato-sensory cortex، وهي منطقة في المخ مسئولة عن الإحساسات الجسمية.فتنشيط هذه الأجزاء يرتبط مع التركيز على الأعراض الجسدية Landgrebe, Barta, Rosegarth, et al., 2008 . وزيادة معدلات الاستجابة غير المرغوبة للمنبهات المؤلمة Mayer, Berman, Suyenobu, et al., 2005 . ومن ثم فهناك بعض الأفراد الذين لديهم نشاط مرتفع لهذه الأجزاء في المخ، وهذا يساعد في تفسير لماذا يُصاب بعض الأفراد بخبرة الألم والأعراض الجسدية مقارنة بالآخرين.

ومن المعروف أن الألم والأعراض الجسدية يزيد من هرمونات القلق والاكتئاب والمشقة Gatchel, Peters, et al., 2007 . وأيضًا يؤثر الاكتئاب والقلق بشكل مباشر في نشاط التلفيف الحزامي Wiech & Tracey, 2009 . والخبرة الانفعالية للألم مثل تذكر إنهاء علاقة عاطفية تسبب أيضًا تنشيط كل من منطقتي العزل الأمامي والتلفيف الحزامي Villemure & Bushnell, 2009 .

العوامل السلوكية المعرفية التي تزيد الوعي والمشقة نحو الأعراض الجسدية:

مثل النماذج العصبية البيولوجية للاضطرابات المرتبطة بالأعراض الجسدية، توجد النماذج السلوكية المعرفية التي تركز على الآليات التي تسهم في زيادة التركيز والقلق على الصحة. وشكل 8-5 يقدم لنا أحد النماذج التي توضح كيفية اجتماع العوامل السلوكية والمعرفية معًا في حالة الاضطرابات المرتبطة بالأعراض الجسدية. ويعتقد المختصون أن تلك العملية تبدأ بأحد الأعراض الفسيولوجية الذي يكون نتيجة لمرض عضوي أو تغير غير مَرَضِي في الوظائف الفسيولوجية مثل ازدياد معدل ضربات القلب بسبب المجهود . وفي حالة الاضطرابات المرتبطة بالأعراض الجسدية يرى المختصون أن تلك العملية تبدأ عندما يلاحظ الفرد وجود شيء غير عادي في جسده. ولما كانت الأعراض الجسدية شائعة كثيرا، فإن هذه النماذج عادة ما تركز على العمليات المعرفية والسلوكية التي توجه رد الفعل تجاه الأعراض الجسدية. حيث هناك عاملان معرفيان أساسيان هما: التركيز على الإحساسات الجسدية attention to body sensations وتفسير هذه الإحساسات Interpretation of those sensations attributions .

جميعنا نعاني أحاسيس جسدية ونولي بعض الاهتمام بها عند ظهورها، إلا أن الأفراد المعرضين للإصابة بالاضطرابات المرتبطة بالأعراض الجسدية يتمتعون فيما يبدو بأسلوب معرفي يتميز بتركيز الكثير جدا من الاهتمام على هذه الأشياء. وفي إحدى الدراسات قام الباحثون باستخدام اختبار مهمة ستروب للانفعالات Emotion Stroop

Task لدراسة مدى الاهتمام بالعلامات التي تشير إلى وجـود مشـكلات صـحية عنـد المصـابين بالاضطرابات جسدية الشكل طبقًا للدليل الرابع المعدل، أو الاكتئاب، أو اضطراب الهلع Lim & Kim, 2005 . فعندما عرض على المرضى كلمات ملونة وطلب منهم ذكر لون هذه الكلمات كان مرضى الاضطرابات جسمية الشكل أكثر بطئـا في ذكـر ألـوان الكلـمات المرتبطـة بالصـحة الجسدية وهذه علامة على زيـادة اهـتمامهم بهـذه الكلـمات ولم يحـدث ذلـك مـع المـرضى الآخرين. وعندما طلـب مـنهم فـيما بعـد وأثنـاء نفـس الجلسـة تـذكر بعـض الكلـمات تـذكر المصابون باضطرابات جسمية الشكل كلمات تتعلق بالصـحة الجسـدية أكـثر مـن غـيرهم مـن المرضى. ونتوصل من ذلك إلى أن المصابين باضطرابات جسمية الشكل قد يركـزون تلقائيـا عـلى العلامات التي تشير إلى المشكلات الصحية الجسمية.

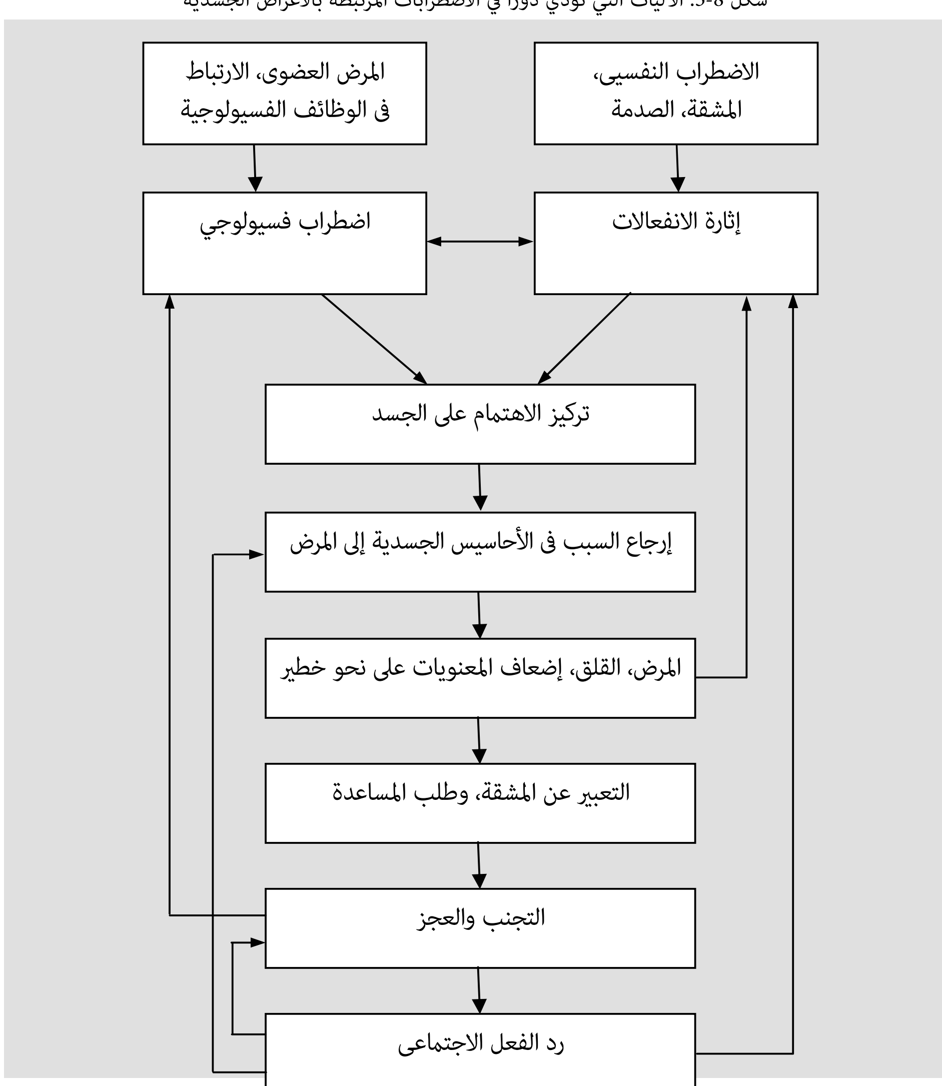
وبمجرد أن يلاحظ المصابون باضطرابات جسمية الشكل وجـود أعـراض جسـدية لـديهم، فإنهم أيضا يرجعون السبب فيها على ما يبدو إلى أسوأ الاحتمالات وأكثرها سلبية وهذا يتعلق بتفسير الفرد لسبب حدوث شيء ما . وهذه التفسيرات تختلف من اضطراب جسـمي الشـكل إلى آخر. فنجد مثلا رؤية الفرد لبقعة حمراء على الجلد يفسرها كعلامة على الإصـابة بسرطـان Marcus et al., 2004 . ويبالغ فرد آخر في تقـدير احـتمالات أن أي أعـراض هـو علامـة عـلى وجود مرض Rief et al., 2006 . ويتباين أشـكال التحيـز المعـرفي، ولكـن بمجـرد ظهـور هـذه الأفكار السلبية، يرتفع القلق وهرمـون الكـورتيزول مـما يـؤدي إلى تفـاقم الأعـراض الجسـدية والمشقة من على تلك الأعراض Rief & Auer, 2001 .

وقـد تحـدثنا في الفصـل السـادس عـن العمليـة المعرفيـة المشـابهة باعتبارهـا جـزءاً مـن اضطراب الهلع. وتتمثل هذه العملية في أن المصابين باضطراب الهلع يمكن أن يبـالغوا في ردود أفعالهم تجاه الأعراض الفسيولوجية. وفي حالة اضطراب الهلع نجـد أن الفـرد يعتقـد غالبـا أن الأعراض علامة على وجود خطر حالي نوبة قلبية على سبيل المثال . أمـا في حالـة الاضـطرابات المرتبطة بالأعراض الجسدية فإن الفرد يعتقد أن الأعراض علامة على مرض دفـين طويـل الأمـد السرطان أو الإيدز مثلا . كما أن أنـواع العلامـات الجسـدية التـي يركـز الفـرد اهتمامـه عليهـا تختلـف في حالـة اضـطراب الهلـع عـن الاضـطرابات المرتبطـة بـالأعراض الجسـدية. فالمصـاب باضطراب الهلع يركز غالبا على الأعراض التي تتفاقم بالفعل عنـدما يـزداد القلـق عنـده، مثـل تسارع ضربـات القلـب، أو صـعوبة التـنفس، أو تعـرق راحتـي اليـد. وعـلى النقـيض في حالـة الاضطرابات المرتبطة بالأعراض الجسدية لا يزداد حجم بقعة ظهرت عـلى جلـد عنـدما يعتقـد خطأ أنها سرطان.

وقد يرجع ميل الفرد إلى الاعتقاد في أنـه مـريض عضـويا إلى خبراتـه الأولى مـع الأعـراض العضوية أو إلى السلوكيات العائلية التي ترسخت بداخله. ومما يتفـق مـع فكـرة تـأثير عمليـة النمو على التحيـزات المعرفيـة أن المصـابين باضـطرابات جسـدية الشـكل يقولـون إنهـم كـانوا يتغيبون عن المدرسة بسبب المرض أكثر مما يذكره غـيرهم عـن أنفسـهم عنـدما كـانوا أطفـالا . Barsky et al., 1995

ومن المحتمل أن يؤدي الخوف من أن يكون أحد الأحاسيس الجسدية علامة على المـرض أو أن الشكل الخارجي للشخص علامة على القبح إلى نتيجتين. فالنتيجـة الأولى هـي أن يلعـب الفرد دور المريض ويتجنب العمل والمهام الاجتماعية، ومن الممكـن أن يـؤدي ذلـك إلى زيـادة حدة الأعراض من خلال قلة المران والسلوكيات الصحية الأخرى. والنتيجة الثانية هي أن الفـرد قد يسعى وراء من طمأنه على حاله سواء الأطباء أو أفراد العائلة، وعندما يجد الفرد الاهـتمام والتعاطف من الآخرين قد يـؤدي ذلـك إلى تعزيـز سـلوك طلـب المسـاعدة. وكثـيرا مـا يواجـه المصابون بتلك الاضطرابات مشكلات في الحصـول عـلى الـدعم الاجتماعـي مـن قبـل الآخـرين بطرق أخـرى. فنجـد مـثلا أن المصـابين بالاضـطرابات المرتبطـة بـالأعراض الجسـدية يواجهـون مشكلات في التعرف على الانفعالات التي يشعرون بها ووصـفها مبـاشرة Bankier, Argner, & Bach, 2001 وبالتـالي قـد يجـدون أن هـذا الاهـتمام والتعـاطف يعـد دعـما كبـيرا لهـم. وبالإضافة إلى هذا النـوع مـن الاهـتمام قـد يجـد بعـض الأفـراد أنواعـا أخـرى مـن المعـززات السلوكية للأعراض الجسمية، فقد يتلقون على سبيل المثال مساعدات مالية تتوقف على مـدى إعاقة الأعراض التي يعانونها لأنشطتهم اليومية.

شكل 8-5: الآليات التي تؤدي دورا في الاضطرابات المرتبطة بالأعراض الجسدية



أسباب الاضطراب التحولي:

تختلف النماذج المفسرة للاضطراب التحولي عن النماذج الأخرى الخاصة بالاضطرابات المرتبطة بالأعراض الجسدية. وفي هذا القسم، نبدأ بمناقشة وجهات النظر السيكودينامية في تفسير الاضطراب التحولي، ومن ثم العوامل الاجتماعية والثقافية.

منظـور السـيكودينامي للاضـطراب التحـولي Psychodynamic Perspective on Conversion Disorder: يحتل الاضطراب التحولي مكانة مهمـة في النظريـة السـيكودينامية، حيث إن الأعراض الخاصة به تعد مثالا واضحا عـلى الـدور الـذي يلعبـه اللاوعـي اللاشـعور . فلنتخيل مثلا محاولة تشخيص سيدة تقول إنها اسـتيقظت ذات صباح لتجد أن ذراعها الأيسر قد شـل. ولنفـترض أنهـا أجرت مجموعة من الاختبـارات العصبية التـي لم تكشـف عن وجود أي اضطراب عصـبي، فلعلهـا تظـاهرت بالشـلل من أجل تحقيق هدف ما، وفي هـذه الحالـة نسـمي ذلـك تمارضا malingering راجع تركيز الاكتشـاف 8-2 . ولكـن ماذا سيحدث إن صدقنا ما تقول؟ في هـذه الحالـة ستصـل إلى نتيجة حتمية وهي أن هناك بعض العمليـات المتعلقـة باللاوعي تسبب هذا الشـلل؟ وهـي عـلى مسـتوى الـوعي تقول الحقيقة، فهي تعتقـد أن ذراعهـا قـد شـل. أمـا عـلى مستوى اللاوعي فنجد أن هناك عاملا نفسيا معينا يجعلها غير قادرة على تحريك ذراعها على الرغم مـن عـدم وجـود أي سبب عضوي لذلك.



قد يخضع المصابون باضطراب الأعراض الجسدية لجراحات غير ضرورية على أمل إيجاد علاج للأعراض الجسدية التي يعانونها.

وأحـد التفسـير السـيكودينامي لاضـطراب التحـول يعتمـد عـلى دراسـتين عـلى المراهقـات المصـابات بـالعمى الهسـتيري Sackeim, Nordlie, &Gur, 1979 . وفي إحدى هاتين الحالتين خضعت شابة تقـول إنهـا أصـيبت بـالعمى في أحـد اختبارات الرؤية، وكان أداؤها في هذا الاختبار أسوأ من المصابين بالعمى بالفعل أي أن أداءها كان يقل عن مستوى الاحتمالات . وفي حالة أخـرى قالـت إحـدى المراهقـات إنهـا لا تسـتطيع القـراءة، إلا أن الاختبـارات أظهـرت أنـه يمكنهـا بسـهولة التعـرف عـلى الأشـياء ذات الأحجـام والأشكال المختلفة، وأنها تستطيع عد الأصابع على مسافة خمسة عشر قدما.

وبناء على هذه الحالات اقـترح "سـاكيم" Sackeim وزمـلاؤه 1979 نموذجـا ثنـائي المراحل a two-stage model لتفسير أوجه التعارض بين اختبارات الرؤية التي خضـعت لها الفتاتان، وما تقولانه من أنهما مصابتان بـالعمى. وتركـز المرحلـة الأولى عـلى الفكـرة التي تقول بأن الأفراد يمكنهم معالجة المعلومـات البصريـة خـارج إدراك الـوعي. وتجـد هـذه الفكـرة تأييـدا في الدراسـات البحثيـة التـي أجريـت عـلى المـرضى الـذين يعـانون إصابات في مركز الإبصار في المخ. فهؤلاء المرضى ينقصهم بعض الخلايـا المهمـة في الجهـاز

البصري في المخ، ويعتقدون أنهم مصابون بالعمى، إلا أن أداءهم في أنواع معينة من اختبارات الرؤية يكون جيدا وتسمى هذه الحالة الرؤية العمياء Blindsight . ويمكن بالتالي أن يدعي الأفراد عن حق أنهم لا يستطيعون الرؤية حتى وإن أثبتت الاختبارات عكس ذلك. ونجد بصفة أعم أن الكثير من الدراسات المختلفة أثبتت أن حالات الإدراك التي تتم خارج الوعي يمكن أن تؤثر على السلوك راجع تركيز الاكتشاف 8-3 . وهكذا يكون بمقدور المصابين بالعمى الهستيري القول عن حق بأنهم لا يستطيعون الرؤية حتى وإن كان من الواضح أن المثيرات البصرية تؤثر في سلوكهم، لأن بعض القدرات الإدراكية قد تكون لا شعورية أي خارج الوعي . Kihlstrom, 1994



يعتقد بعض المحللين النفسيين أن النسبة العالية للإصابة باضطراب التحول في أوروبا في القرن التاسع عشر كانت ترجع إلى سلوكيات الكبت الجنسي التي كانت سائدة في ذلك الوقت

وتركز المرحلة الثانية من هذا النموذج على الدافعية، أي أن بعض الأفراد لديهم دوافع تجعلهم يظهرون العمى، ولعل ذلك يرجع إلى طبيعة الفردية عند هؤلاء الأفراد. ومن المتوقع أن يكون أداء هؤلاء الأفراد في اختبارات الرؤية أقل من مستوى الاحتمالات. وهناك دراسة تؤيد أهمية الدافعية، وفي هذه الدراسة قام أحد الرجال المصابين بالعمى الهستيري بعمل اختبارات على الرؤية امتدت على مدى عدد كبير من الجلسات. وتلقى هذا الفرد تعليمات مختلفة في كل جلسة تثير الدافعية بداخله، وثبت أن الدافعية تؤثر على الأداء Bryant & McConkey, 1989 .

ومدى احتياج الأفراد إلى أن يعدهم الآخرون أعمياء الدافعية يتحكم في كم العلامات التي تظهرها الفرد والتي تدل على أنه يستطيع الرؤية. ونجد إجمالا أن نماذج السيكوديناميي الحالية الخاصة بإضراب التحول تركز على أن الفرد قد يكون غير واعٍ لبعض الإدراكات، ويصبح لديه دافع لإظهار أعراض معينة. ومن سوء الطالع أنه بالرغم من أن دراسات الحالة يمكن أن تمهد الطريق للمزيد من الأبحاث التجريبية فإن هذه الأبحاث لم تجر بعد.

العوامل الاجتماعية والثقافية في الاضطراب التحولي Social and Cultural Factors on Conversion Disorder: شهد القرن السابق نقصا ملحوظا في معدل حدوث الاضطراب التحولي، مما يشير إلى أن العوامل الثقافية والاجتماعية قد تؤدي دورا في ذلك. وخلال القرن التاسع عشر كان قد استقبل "فرويد" وزملاؤه عددا كبيراً جدًا من المرضى السيدات اللاتي تظهر عليهن أعراض الاضطراب التحولي، إلا أن الأطباء الإكلينيكيين حاليا نادرا ما يجدون تلك الأعراض. وأوضحت الدراسات انخفاض عدد حالات الهستيريا التي يتم تشخيصها في المجتمعات الغربية مثل الولايات المتحدة الأمريكية وانجلترا Hare, 1969 وزيادة عدد الحالات في الدول التي قد لا تهتم كثيرا "بتفسير المشقة من الناحية النفسية" مثل ليبيا Pu et al., 1986 ، والصين والهند Tseng, 2001 . وخلال الحرب العالمية الأولى، ظهرت أعراض تشبه الاضطراب التحولي لدى عدد كبير من الرجال في القتال Ziegler, Imboden, & Meyer, 1960 . ولكن في الحرب العالمية الثانية، أصبح الاضطراب التحولي أقل شيوعا بين الجنود Marlowe, 2001 . كما نجد تأييدا للدور الذي تؤديه العوامل الثقافية والاجتماعية من قبل الدراسات التي أثبتت أن الاضطراب التحولى أكثر شيوعا بين الأفراد الذين يعيشون في المناطق الريفية والأفراد ذوي المكانة الاجتماعية والاقتصادية المتدنية Binzer & Kullgen, 1996 .

وقد اقترحت عدة فرضيات لتفسير ذلك النقص الواضح في عدد المصابين. فنجد مثلا أن المعالجين النفسيين الذين يميلون إلى السيكوديناميي يشيرون إلى أنه خلال النصف الثاني من القرن التاسع عشر - عندما كان معدل حدوث تلك المشكلات كبيراً على ما يبدو في فرنسا واستراليا - كانت سلوكيات الكبت الجنسي على الأرجح تؤدي دورا في زيادة انتشار هذا الاضطراب. وقد يرجع نقص معدل الإصابة بالاضطراب التحولي بعد ذلك إلى التساهل بصفة عامة في القواعد الأخلاقية الجنسية والتقدم الكبير في مجالي الطب وعلم النفس في ثقافتنا المعاصرة، ذلك التقدم الذي يتقبل القلق أكثر من تقبله لمظاهر الخلل الجسدي غير المنطقية من الناحية الفسيولوجية. ومن الصعب تفسير تلك النتائج، فقد تعني أن التعقيد والتقدم المتزايد في المفاهيم الطبية والنفسية يؤدي إلى قلة معدل انتشار الاضطراب التحولى. إلا أن تلك النتائج قد تعني أيضا أن الأصول المتبعة في التشخيص تختلف من بلد إلى آخر، وبالتالي تختلف معدلات انتشار هذا الاضطراب. ونحن في حاجة إلى دراسة عبر ثقافية يقوم بها أخصائيو التشخيص المدربون على اتباع إجراءات موحدة في التشخيص عبر الدول المختلفة.

تركيز الاكتشاف 8-3

الدليل على دور اللاوعي

إننا لا نكون على وعي بالكثير مما يدور في أذهاننا أثناء إدراكنا للبيئة المحيطة بنا، أي أن الكثير من الوظائف العقلية تتم خارج الشعور الوعي . والدراسات التي أجراها الأخصائيون النفسيون الذين يتبعون المنهج المعرفي تمدنا بالكثير من الأدلة التي تؤيد هذه الفكرة. واليك بعض الأمثلة:



الأطفال المشاركين في تجربة الاستمتاع الثنائي. بالرغم من انه يستمع المعلومات المقدمة خلال أذن واحدة فقط، إلا أن الوصول إلى المعلومات من خلال الأذن غير مراقبة يمكن أن تؤثر في السلوك



- في إحدى الدراسات قام المتخصصون بعرض أشكال مختلفة على المشاركين في التجربة لمدة 1 ميلي ثانية أي واحد على ألف من الثانية Kunst-Wilson & Zajonc, 1980 . وبعد ذلك لم يكن هؤلاء الأفراد قادرين فعليا على التعرف على الأشكال التي رأوها، ولكن عندما بدأوا يقيمون مدى إعجابهم بتلك الأشكال كانوا يفضلون الأشكال التي عرضت عليهم عن غيرها. ومن المعروف أن الألفة تؤثر في الحكم على المثيرات، فالأفراد عادة ما يحبون المثيرات المألوفة أكثر من غير المألوفة. ويؤكد ذلك على أن بعض سمات الأشكال المعروضة قد ترسخت في الذهن، حتى وإن قال المشاركون في التجربة إنهم لم يتعرفوا على تلك الأشكال.
- وبالمثل، عندما يعرض على بعض الأفراد صورا تظهر وجوها مخيفة لمدة 33 ميلي ثانية يقولون إنهم لم يروا تلك الوجوه، إلا أن نشاط اللوزة يتزايد عندهم، وهي منطقة مخية تؤدي دورا في الاستجابة للمثيرات المرتبطة بالانفعالات Whalen, 1998 .

لقد أكدت تلك التجارب ومثيلاتها على وجود اللاوعي عند البشر. إلا أن وجهة النظر المعرفية الحديثة ترى عمليات اللاوعي بمنظور مختلف عن السيكودينامي. لقد افترض فرويد أن اللاوعي عبارة عن مستودع لطاقة الغرائز والصراعات والرغبات المكبوتة. إلا أن الباحثين المعاصرين يرفضون فكرة أن اللاوعي عبارة عن مخزن للطاقة والكبت؛ فاللاوعي أبسط بكثير من ذلك بالنسبة لهم، فهم يرون أن البشر لا يدركون من خلال الوعي كل ما يدور حولهم ولا حتى كل ما يدور داخل عقولهم. إن وجهات النظر

الأولى في السيكودينامي أكدت على وجود دوافع عدوانية وجنسية في اللاوعي، أما وجهة النظر المعرفية للأحدث فتركز على المخ باعتباره آلة عالية الكفاءة، حيث يتم إنجاز بعض المهام فيه تلقائيا دون دخولها إلى حيز الوعي.

علاج الاضطرابات المرتبطة بالأعراض الجسدية:

لعل أحد أهم العوائق الكبرى التي تواجه العلاج هي أن معظم المصابين بالاضطرابات المرتبطة بالأعراض الجسدية لا توجد لديهم رغبة في استشارة أخصائي الصحة النفسية. لأنها ليست فكرة جيدة محاولة إقناع المرضى بأن أعراضا سببها العوامل النفسية. معظم الاهتمامات الخاصة بالألم والأعراض الجسدية لها مكونان أساسيان هما: الجسمي والنفسي. ولذا يكره المرضى قيام الأطباء البشريين بتحويلهم إلى " دكاترة المجانين" لأنهم يرون أن ذلك يعني أن الطبيب يرى أن المرض "في عقولهم". ونحن في حاجة إلى برامج جديدة يقوم من خلالها الممارس العام بمساعدة الأفراد في التخلص من الأفكار السلبية حول الأعراض، أو تقوم شركات التأمين بالعمل مع فرق شاملة من أجل تقديم الرعاية النفسية والطبية. وخاصة البرامج التي هدفها تقوية العلاقة بين الطبيب والمريض بشكل يسمح بتوفر إحساس الثقة والراحة. وفي إحدى الدراسات، تم توزيع مرضى - ذوي الشعور بالمشقة وأعراض جسمية للأحشاء الداخلية غير مفسرة طبيًا - بشكل عشوائي لتلقي مستويات مرتفعة أو منخفضة من الدفء، والاهتمام، والطمأنينة من الأطباء. وقد كشفت نتائج الدراسة عن أن المرضى ذوي المستويات المرتفعة من المساندة تحسنت لديهم الأعراض ونوعية الحياة خلال ستة أسابيع مقارنة بالذين تلقوا مستويات منخفضة Kaptchuk et al., 2008 . فمن الأفضل العمل مع المرضي بطرق تحسين حياتهم أكثر من مناقشتهم مع مصدر هذه الأعراض.

وتشمل أحد التدخلات العلاجية للاضطرابات المرتبطة بالأعراض الجسدية بتقبل الأطباء والمختصين على نحو واسع النطاق هذه الأعراض، بحيث لا يلجأوا إلى نفي صحة الشكاوى الجسدية التي يعانيها المرضى، وإنما يقلل الحد الأدنى من استخدام الاختبارات التشخيصية والأدوية، وقد أثبتت إحدى الدراسات التي أجريت على هذا التدخل العلاجي أنه أدى إلى تقليل الاستخدام المتكرر لخدمات الرعاية الصحية Rost, Kashner, & Smith, 1994 .

لا يوجد دراسات تجريبية محكمة عشوائية لعلاج الاضطراب التحولي. وفي دراسات لا تستخدم مجموعات ضابطة، وجد أن علاج التحليل النفسي التقليدي، والعلاج النفسي السيكودينامي، والتنويم ليست لها أي فائدة مع الاضطراب التحولي Kroenke, 2007; Simon, 1998.

وسنركز هنا على العلاجات الخاصة بالاضطرابات المرتبطة بالأعراض الجسدية. ففي الدراسات غير المستخدمة لمجموعة ضابطة، وجد أن العلاج السيكودينامي له فعالية في تخفيف الأعراض الجسمية على مدى قصير، ولكن هذه النتائج لم تستمر خلال فترة المتابعة التي امتدت لستة أشهر Abass et al., 2009 . وقد تطور العلاج السلوكي المعرفي ليلائم الاضطرابات الجسمية والمشقة المترتبة على هذه الأعراض. وبعد وصف العلاج السلوكي المعرفي سنلخص الدليل بأن مضادات الاكتئاب قد تقلل من أعراض الألم لاضطراب الأعراض الجسدية.

العلاج السلوكي المعرفي Cognitive Behavioral Treatment: طبق المعالجون النفسيون العديد من أساليب العلاج السلوكي المعرفي لمساعدة الأفراد الذين يعانون الاضطرابات المرتبطة بالأعراض الجسدية. وهذه الأساليب تشمل بصفة عامة مساعدة الأفراد على: 1 التعرف على الانفعالات التي تسبب القلق حيال الأعراض الجسدية ومحاولة تغيير تلك الانفعالات. 2 تغيير إدراكاتهم المتعلقة بالأعراض الجسدية التي يعانونها. 3 تغيير سلوكياتهم بحيث يتوقفون عن لعب دور المريض، ويتلقون المزيد من الدعم الناتج عن مشاركتهم في أنواع أخرى من التفاعلات الاجتماعية Looper & Kirmayer, 2002 .

فغالبا ما تؤدي الانفعالات السلبية المصاحبة لاضطرابات القلق والاكتئاب إلى ظهور أعراض فسيولوجية وزيادة حدة أعراض الاضطرابات الجسدية Simon, Goreje, & Fullerton, 2001 . ومن المؤكد أن القلق حيال الصحة الجسمية يشيع بين المصابين بالقلق أو الاكتئاب، وهو ما أوضحناه في الفصلين الخامس والسادس. وبالتالي ليس من قبيل المفاجأة أن علاج القلق والاكتئاب غالبا ما يؤدي إلى تخفيف حدة المخاوف من الأعراض الجسدية Phillips, Li, & Zhang, 2002; Smith, 1992 . ومن الممكن أيضا توجيه انتباه المريض إلى مصادر القلق والاكتئاب التي قد تسبب الأعراض الجسدية التي لا يوجد لها سبب عضوي، بدلا من تركه يركز انتباهه بإفراط على الأوجاع والآلام البسيطة Morley, 1997 .

وقد ثبتت فعالية بعض الأساليب مثل التدريب على الاسترخاء، وكذلك الأنواع المختلفة من العلاج المعرفي في هذا الصدد Payne & Blanchard, 1995 .

وتستخدم الاستراتيجيات المعرفية المتعددة المختلفة في علاج الاضطرابات المرتبطة بالأعراض الجسدية. حيث يشتمل تدريب الأفراد على تقليل الانتباه المفرط لديهم نحو الأحاسيس الجسدية، وتفنيد الأفكار السلبية لديهم حيال هذه الأحاسيس، ومنعهم من اللجوء إلى الأطباء للاطمئنان على أنفسهم Warwick & Salkovskis, 2001 . وتركز الجوانب السلوكية في هذا النوع من العلاج على منع الأفراد من عمل فحوص طبية متكررة

للاطمئنان على صحتهم، وحثهم على القيام بالمزيد من الأنشطة السليمة، وتقليل تركيزهم على طلب العلاج. وقد ثبتت فعالية المناهج السلوكية المعرفية في تقليل المخاوف الصحية، وأعراض الاكتئاب والقلق، ولجوء المرضى إلى الأطباء Looper & Kirmayer, 2002 .

وتساعد الأساليب السلوكية في إعادة الأنشطة الصحية وإعادة بناء أسلوب الحياة التي تسببت في زيادة تركيز الانتباه على الأعراض الجسدية Warwick & Salkovskis, 2001 . فنجد مثلا أن حالة "ماريا" - التي ذكرناها من قبل - قالت إنها تشعر بقلق شديد حيال زواجها المزعزع وحيال المواقف التي يمكن أن تكون خلالها موضعا للتقييم من الآخرين. ويمكن لبعض الأساليب مثل التعريض إعادة البناء المعرفي للتغلب على مخاوفها الشخصية، مما قد يؤدي إلى تقليل الشكاوى الجسدية التي تعانيها. وقد يساعد التدريب على الثقة بالنفس والتدريب على المهارات الاجتماعية في جعل "ماريا" تتفاعل مع الآخرين تفاعلا طبيعيا أكثر من ذي قبل ولا تركز على مرضها الجسدي، ومن بين أساليب التدريب على الثقة بالنفس وعلى اكتساب المهارات الاجتماعية استخدام طرق فعالة في تعليم "ماريا" الاقتراب من الآخرين والتحدث معهم، وإدامة النظر في عين من تحادثه، والمجاملة، وتقبل النقد، والطلب.

وفيما يتعلق على وجه الخصوص بمخاوفها حيال الأعراض الجسدية يمكن أن يساعدها العلاج المعرفي في السيطرة على الإدراكات السلبية حيال الأعراض الجسدية التي تعانيها، ويساعدها كذلك في الحكم على مدى صحة تلك الإدراكات. ويمكنها أيضا أن تتدرب على تقليل التركيز على الأعراض الجسدية. ويمكن أن تساعد الأساليب السلوكية في التخلص من اعتمادها على لعب دور المريض Warwick & Salkovskis, 2001 . كما يمكن أن يفيدها العلاج الأسري Family Therapy إذا كان الأفراد الذين تعيش معهم قد تعودوا على العجز الذي تشعر به، ويقومون بسلوكيات تعزز من سلوكيات تجنب المسئوليات الطبيعية للبالغين عندها. وقد تتمكن "ماريا" وعائلتها من تغيير طبيعة العلاقات بينهم من أجل دفعها إلى المزيد من الاستقلال وبعيدا عن التركيز على الشكاوى الجسدية.

فقد ثبتت فعالية الأساليب المعرفية السلوكية في تقليل الاهتمام بالصحة، وأعراض الاكتئاب والقلق، واستخدام الرعاية الصحية مقارنة بالظروف التي لا يوجد فيها علاج Thomson & Page, 2007 ، وفي استخدام الرعاية الطبية المعتادة Hollon et al., 2006 . وكشفت دراسات متعددة عن فعالية العلاج السلوكي المعرفي في خفض الأعراض الجسدية مقارنة بالظروف الضابطة، لكن هذه التأثيرات كانت قليلة Deary et al., 2007 . ولهذا فقد أثبتت هذه التدخلات الفعالية في خفض المشقة من الأعراض الجسدية أكثر من تقليلها للأعراض الجسمية الفعلية Barksy & Ahern, 2004 . في

إحدى الدراسات وجدت أن فعالية العلاج السلوكي المعرفي قد تكافئ من حيث تأثيرها مع مضادات الاكتئاب في خفض أعراض قلق المرض Greeven et al., 2007 .

مضادات الاكتئاب لعلاج الاضطرابات بالأعراض الجسدية المصاحبة للألم: تفيد مضادات الاكتئاب عندما يكون الألم هو العرض المسيطر للاضطرابات المرتبطة بالأعراض الجسدية. فقد جاء الدليل من التجارب مزدوجة التعمية أي لا يتم خلالها إعطاء القائمين بالتجربة أو الخاضعين لها أية معلومات يمكن أن تؤثر على سلوكياتهم ، حيث أشارت إلى أن الجرعات القليلة من بعض عقاقير مضادات الاكتئاب - وخاصة عقار الايميبرامين توفرانيل Imipramine Tofranil تفوق الدواء البلاسيبو في تقليل الألم المزمن والمشقة المرتبطة به Fishbain et al., 2000 . ومن المثير للانتباه أن مضادات الاكتئاب تلك تخفف من حدة الألم حتى وإن لم تقلل الجرعات المخففة منها من حدة الاكتئاب الذي يفترض أنها تعالجه Simon, 1998 . حيث يفضل مضادات الاكتئاب عن الأدوية الأفيونية التي لها قدرة إدمانية مرتفعة Streltzer & Johansen, 2006 .

الحالة الإكلينيكية "لويس" Louis:

"لويس" رجل يبلغ من العمر 66 عامًا، تم تحويله إلى الطبيب النفسي من قبل أخصائي القلب، وذلك بسبب قلقه الشديد. وبالرغم من معاناة "لويس" من أعراض الاكتئاب والقلق لسنوات، إلا أنه ذكر بأنه أصبح أكثر قلقا حول مشكلات القلب الخاصة به. فقبل سنوات ماضية، أصبح يشعر بأعراض متقطعة من خفقان القلب وضغط في الصدر. وبالرغم من أن جميع الفحوصات الطبية جاءت ضمن المعدل الطبيعي، إلا أنه واصل في طلب فحوصات إضافية للتأكد من النتائج. وقال إنه جمع ملفاً سميكاً عن أمراض القلب والأوعية الدموية، وقد شارك في العديد من الأنظمة الغذائية والتمارين الرياضية الروتينية، وتوقف تمامًا عن ممارسة الأنشطة المثيرة والمجهدة للقلب مثل السفر والجنس. حتى قال إنه تقاعد مبكرًا عن تشغيل مطعمه في الوقت الذي سعى فيه إلى العلاج، وأضاف أنه كان يقيس ضغط دمه أربع مرات في اليوم باستخدام جهازين لقراءة المتوسطين.

وقبل بدء العلاج، تفهم "لويس" طريقة التفكير التي كان يفكر بها حول أعراضه الجسدية نتيجة تعرضه للمشقة الانفعالية. فقام المعالج بتعليمه نموذج تضخيم الأعراض الجسدية فضلا عن خلق المشقة الانفعالية. واستخدم المعالج عبارات مثل "تعتقد أنت أن الصداع بسبب ورم في المخ أكثر من اعتقادك بأن الصداع بسبب إجهاد العين". فبمجرد فهم "لويس" أن أفكاره وسلوكه قد تزيد من اهتماماته الطبية. ومن ثم تألف العلاج من أربعة أهداف، هي: الأولى، دُرب "لويس" على تحديد أحد الأطباء لمناقشة المخاوف الصحية بشكل

روتيني، والتوقف عن طلب الآراء الطبية المتعددة. الثاني، تعلم "لويس" تقليل الوقت الذي يقضيه للانخراط في السلوكيات المتعلقة بالمرض، مثل تسجيل ضغط دمه. وقد أوضح المعالج له أن هذه السلوكيات في الواقع تزيد من القلق بدلا من تقديم الإغاثة. الثالث، تعلم "لويس" النظر في الأفكار لديه كاستجابة لأعراضه، والتي تميل إلى أن تكون غاية في السلبية والتشاؤم. على سبيل المثال، حدد المعالج و"لويس" الطرق التي تم تحديدها في أنها تميل إلى تضخيم الحساسات الجسمية عن طريق النظر في هذا العرض كدليل على وجود مرض القلب. وأخيرا شجع "لويس" على بناء الجوانب الأخرى في حياته من أجل تقليل التركيز على الأعراض الجسدية. وقد ساعدت تدخلات "لويس" على الحد من القلق، وخفض تركيزه على صحته، وزيادة التمتع بالحياة Barsky, 2006 .

الملخص السريع:

يُعرف القليل عن علاج الاضطراب التحولي. فيركز العلاج السلوكي المعرفي على خفض التركيز الشديد على الأعراض الجسمية والمشقة المترتبة عليها التي تُعد من الملامح الرئيسة لاضطراب قلق المرض واضطراب الأعراض الجسدية. وإحدى المشكلات الرئيسة في علاج الاضطرابات المرتبطة بالأعراض الجسدية هى قلة الأعداد التي تطلب الخدمة الصحية النفسية للأعراض الجسدية. فالطبيب يستطيع تقليل الفائدة من الرعاية الصحية من خلال خفض الاختبارات التشخيصية، وزيادة إجراءات الطمأنينة بدلاً منها.

وقد وجد أن التقنيات السلوكية المعرفية تكون مفيدة، في علاج الاضطرابات المرتبطة بالأعراض الجسدية. فقد صممت الاستراتيجيات لخفض القلق والاكتئاب، ولتغير الاستجابات المعرفية للأعراض الجسدية، من خلال إعادة بناء أسلوب الحياة، ومساعدة المرضى على ترك دور المريض. كذلك وجد أن جرعة قليلة من العقاقير المضادة للاكتئاب تساعد في تخفيف الألم.

الملخص:

الاضطرابات الانفصالية

- تعرف الاضطرابات الانفصالية من خلال اختلالات الوعي، والذاكرة، والهوية.
- كما تم وصفه سابقًا في جدول 8-1، تشمل الاضطرابات الانفصالية: اضطراب فقدان الذاكرة الانفصالي، اضطراب تبدد الفردية/الغربة عن الواقع، اضطراب الهوية الانفصالية.
- معظم الكتابات عن أسباب الاضطرابات الانفصالية تركز على اضطراب الهوية الانفصالية. فالأفراد الذين يعانون اضطراب الهوية الانفصالية في كثير من الأحيان يقررون حدوث اعتداء جسدي أو جنسي شديد أثناء الطفولة.

- وبغض النظر عن التوجه النظري، يركز جميع الإكلينيكيين في علاجهم على جهود مساعدة العملاء في التعامل مع القلق، والخوف من المواجهة بشكل مباشر، والعمل بطريقة تدمج الذاكرة والوعي معًا.
- يمثل العلاج النفسي الدينامیكي الأكثر استخدامًا مع الاضطرابات الانفصالية، وهناك بعض الأساليب المستخدمة مثل التنويم المغناطيسي قد تسبب حدوث الأعراض بشكل أسوأ.

الاضطرابات المرتبطة بالأعراض الجسدية:

- تشتمل الاضطرابات المرتبطة بالأعراض الجسدية في جدول 8-2 على: اضطرابات الأعراض الجسمية، واضطراب قلق المرض، والاضطراب التحولي.
- لا تبدو الاضطرابات المرتبطة بالأعراض الجسدية وراثية.
- يقترح "ساكيم" وجود نموذج ثنائي المراحل للاضطراب التحولي، والذي يركز على نقص إدراكات الوعي بالشعور بالإضافة إلى الدافعية نحو الأعراض.
- وقد ثبت أن مضادات الاكتئاب تكون فعالة في تخفيف الألم، بالإضافة إلى البرامج السلوكية المعرفية المرتكزة على الحد من القلق، وتعزيز السلوك التوافقي بما يتفق مع دور المرضى.

9

الفصل التاسع
الفصام

الفصل التاسع
الفصام

ترجمة
د/ فاطمة سلامة عياد

الأهداف التعليمية ... أن تكون قادراً على :

1- وصف الأعراض السريرية للفصام بما فيها الأعراض الإيجابية والسلبية والأعراض غير المنتظمة.
2- التفرقة بين العوامل الوراثية، والسلوكية، والفردية كمسببات للفصام.
3- وصف علاقة المخ بالفصام.
4- تحديد الدور الذي يلعبه الضغط النفسي والعوامل السيكولوجية الأخرى في أسباب وانتكاسات الفصام.
5- التمييز بين العلاجات الطبية والعلاجات السيكولوجية للفصام.

ليست كل الأشياء المفاجئة حسنة، فقد بدأت أفقد السيطرة على حياتي، بل وعلى معظم ذاتي، فما عدت أستطيع التركيز في دراستي، ولا أستطيع النوم، وإذا تمكنت من النوم، تنتابني أحلام عن الموت. كنت أخاف الذهاب إلى الفصل، خشية أن الناس يتحدثون عنى، وعلاوة على ذلك فقد صرت أسمع أصواتاً. اتصلت بأمي المقيمة في بيتسبورج، وسألتها النصيحة، فأخبرتني أن أترك سكن الجامعة، وأنتقل إلى شقة مع أختي.

وبعدما انتقلت للسكن مع أختي زادت الأمور سوءاً، فكنت أخاف من الخروج، وعندما أنظر للخارج عبر النافذة، يبدو لي أن كل شخص بالخارج يهتف:" اقتلوها. أقتلوها". دفعتني أختي للذهاب إلى المدرسة، فكنت أبقى خارج المنزل حتى أتأكد أنها قد ذهبت للعمل، ثم أعود للمنزل. استمرت الأمور متجهة نحو الأسوأ، كنت أتخيل أن لجسدي رائحة سيئة، وكنت أستحم ست مرات يوميا في بعض الأحيان، وأتذكر أني ذهبت إلى محل البقالة ذات يوم، فتخيلت الناس في المتجر يقولون: "أنقذي نفسك.. المسيح هو الحل". ثم ساءت الأمور أكثر فبت لا أتذكر أي شيء. لدى دفتر مليء بمذكرات تخبرني ما يتعين علي فعله في يوم معين، ما عدت أستطيع تذكر واجباتي الدراسية، وأنه يجب أن أذاكر من الساعة السادسة مساء وحتى الرابعة صباحا، ولكن لم تكن لدى الشجاعة للذهاب إلى الفصل في اليوم التالي. حاولت أن أخبر شقيقتي، ولكنها لم تفهم قصدي، واقترحت أن أذهب لطبيب نفسي، ولكنني كنت أخشى الخروج من المنزل كي أذهب إليه.

ذات يوم قررت أنه لم يعد بإمكاني تحمل المزيد من هذا الألم، فتناولت جرعة زائدة بلغت 35 قرصا من دواء الدارفون Darvon، وفي نفس اللحظة سمعت بداخلي صوتا

يهتف بي: "لأي سبب فعلت هذا؟... إنك لن تذهبي إلى الجنة الآن." عندئذ أدركت أنحنى لا أريد أن أموت حقا، لقد أردت أن أعيش وكنت خائفة. توجهت إلى الهاتف وتحدثت إلى الطبيب النفسي الذي أوصت به أختي، وأخبرته أنني قد تناولت جرعة مفرطة من الدارفون Darvon وأنني خائفة، فأخبرني أن أستقل سيارة أجرة وأتوجه فورا إلى المستشفى. عندما وصلت إلى المستشفى، بدأت أتقيأ، ولكنني لم أفقد الوعي. بصورة ما لم أكن قادرة على تصديق حقيقة أنني ذاهبة حقا للقاء طبيب نفسي. كنت أحسب أن الأطباء النفسيين مختصون فقط بعلاج المجانين، وبالتأكيد لم أظن أنني مجنونة، ونتيجة لذلك فلم أعترف بما أنا فيه، وفي الحقيقة فقد غادرت المستشفى، وانتهيت إلى لقاء أختي في طريقي إلى المنزل. أخبرتني أن أعود مباشرة إلى المستشفى، وبات أنني لابد وأن أتقبل ذلك، فقمنا بالاتصال بأمي، فأخبرتنا أنها ستأتي إلينا في اليوم التالي. مقتبس من أونيل O'Neal, 1984: 109-110 .

تم تشخيص ووصف حالة هذه الشابة المذكورة في دراسة الحالة هذه على أنها تعانى الفصام، فالفصام هو اضطراب يتسم باختلال في التفكير، والمشاعر، والسلوك، التفكير المضطرب هو الذي تكون فيه الأفكار غير مترابطة منطقيا، وخطأ الإدراك والانتباه، والافتقار إلى التعبير العاطفي، وإهمال المظهر ليكون غير المهندم. قد ينسحب المصابون بالفصام وينعزلون بعيدا عن الناس وعن حقيقة الأحداث اليومية، وغالبا يتجهون إلى معتقدات شاذة فردية الضلالات والهلاوس، ونظراً لأن الفصام مرتبط بوجود هذه الاضطرابات المنتشرة في حياة الشخص، فقد كان من الصعب اكتشاف أسباب الاضطراب، وإيجاد طرق للتعامل معها ومعالجتها. لا يزال أمامنا طريق طويل للوصول إلى الفهم الكامل للعوامل المتعددة التي تؤدى إلى الإصابة بالفصام، وطرق المعالجة التي تتسم بالفاعلية خالية من الآثار الجانبية غير السارة.

تصيب أعراض الفصام كل أوجه حياة المريض: كالطريقة التي يفكر ويشعر ويتصرف بها، ومن ثم فلا عجب أن هذه الأعراض قد تؤثر على الاستقرار الوظيفي، والعيش باستقلالية، والاحتفاظ بعلاقات وثيقة مع الآخرين. كما أنها قد تثير سخرية واضطهاد الآخرين، وتزداد نسبة تعاطي العقاقير Fowler, Carr, Carter & Lewin, 1998 ، وقد ينعكس ذلك على محاولة التخلص من الأعراض Blanchard, Squires, Henry, et al., 1999 ، وإضافة إلى هذه الصورة العابسة، فإن معدل الانتحار بين الأشخاص المصابين بالفصام مرتفعة، وفي واقع الأمر فإن المصابين بالفصام تزداد نسبة وفاتهم منتحرين مقارنة بغيرهم من السكان بما يماثل 12 ضعفا، كما يتزايد ميلهم للوفاة جراء أي سبب آخر Saha, Chant & McGrath, 2007 .

إن نسبة الإصابة بالفصام أثناء فترة الحياة لا تتجاوز 1 بالمائة، وتؤثر على الرجال بصورة أكبر قليلا من تأثيرها على النساء Kirkbirde, Fearon, Morgan, et al., 2006; Walker, Kestler, Bollini, Huchman, 2004 ، ويظهر الفصام لدى بعض الجماعات بشكل متكرر كالمفكرين الأمريكيين ذوي الأصول الأمريكية، إلا أنه لا يزال من غير الواضح إذا ما كان ذلك يعكس اختلافا حقيقيا بين الجماعات، أم أنه مجرد اتجاه سائد بين الأطباء السريريين Kirkbirde et al.,2006; U. S. Department of Health Services, 2001 . قد يبدأ الفصام أثناء فترة الطفولة، إلا أنه غالبا ما يظهر عند نهاية مرحلة الصبا أو في بداية البلوغ، وأحيانا يظهر مبكرا لدى الرجال عن النساء. تظهر على الأشخاص المصابين بالفصام عدد من النوبات التي تعبر عن أعراض إصابتهم وتكون غير حادة، ولكنها تترك أعراضا مرهقة بين النوبات.

الوصف السريري للفصام

إن معدل ظهور أعراض الفصام عند التشخيص يكون كبيرا، بالرغم من أن المصابين لا تظهر عليهم إلا بعض هذه المشاكل في وقت معين. راجع جدول معايير الإصدار الخامس؛ لذا فإن المصابين بالفصام يمكن تمييزهم عن غيرهم إلى حد ما.

منذ نحو ثلاثين عاما مضت، قسم الباحثون هذه الأعراض إلى فئتين رئيستين، إحداهما إيجابية والأخرى سلبية Crow,1980, Strauss, Carpenter & Bartko, 1974 ، ومن ثم تم تقسيم الأعراض الإيجابية الأصلية إلى مجموعتين هما: الإيجابية الهلاوس والضلالات، والأعراض غير المنتظمة كالكلام والسلوك غير المنتظم Lenzenweger, Dworkin & Wethington, 1991 . وقد أفاد التمييز بين الأعراض الإيجابية والسلبية والأعراض غير المنتظمة في البحث في أسباب ومعالجة الفصام – جدول 9-1 يوضح هذه الفئات.

سنعرض في الأجزاء التالية إلى دراسة الأعراض الفردية تفصيليا، والتي تتكون منها الأعراض الإيجابية والسلبية، والمجموعات غير المنتظمة. كذا فسنتناول الأعراض التي تخرج عن تصنيف هذه المجموعات الرئيسة الثلاثة ولكنها تعتبر من أعراض تشخيصات الفصام وفقا للدليل التشخيصي.

الأعراض الإيجابية:

تتضمن الأعراض الإيجابية الإفراط والانحراف مثل الهلاوس والضلالات، وفي معظم الأحيان تكون الأعراض الدقيقة ضمن الأعراض الإيجابية.

لاشك أننا في وقت ما قد تعرضنا للقلق نتيجة لشعورنا بأن الآخرين يحسبوننا مضطربين، وقد يكون لهذا الاعتقاد ما يبرره في بعض الأحيان، فهل من شخصه يحبه كل الناس؟ فكر في المعاناة التي قد تعانيها إذا تيقنت أن الكثيرين لا يحبونك، بل ربما يكرهونك في حقيقة الأمر لدرجة أنهم يتآمرون ضدك. تخيل أن من يقومون باضطهادك يستخدمون أجهزة تنصت للتنصت على مكالماتك الخاصة وجمع الأدلة في مؤامرة تهدف إلى إذلالك، وأن المحيطين بك بمن فيهم أحباؤك غير قادرين على طمأنتك بأن الناس لا يتجسسون عليك، وحتى أصدقائك المقربين أخذوا تدريجيا في الانضمام إلى من يضطهدونك، فتبدأ غاضبا قلقا في التصدي لمن يضطهدونك. فتفحص كل غرفة تدخلها بحثا عن أجهزة التنصت، وعندما تقابل أشخاصا للمرة الأولى تشرع في توجيه أسئلة مستفيضة لتتبين إذا كانوا مشتركين في المؤامرة التي تحاك ضدك.

معايير الفصام طبقا للدليل التشخيصي - الإصدار الخامس DSM-5

* أن تظهر اثنتان أو أكثر من الأعراض التالية وتستمر لمدة شهر على الأقل وعلى أن تكون إحدى الأعراض من بين التصنيفات 1 أو 2 أو 3.
  1- الضلالات
  2- الهلاوس.
  3- الكلام غير المنتظم.
  4- السلوك غير المنتظم أو الجمود.
  5- أعراض سلبية انعدام الدافعية أو التعبير عن المشاعر.
* ينخفض الأداء أثناء العمل أو في العلاقات أو في العناية بالنفس عند كل نوبة.
* ظهور علامات الاضطراب لمدة لا تقل عن 6 أشهر . وفي حالة طور الفصام الأولي أو المتبقي تظهر الأعراض السلبية أو اثنتان أو أكثر من الأعراض1 إلى 4 بصورة أقل حدة.

إن هذه الضلالات هي معتقدات منافية للواقع ولا أساس لها من الصحة، هي في غالبيتها من الأعراض الإيجابية الشائعة للفصام، فأوهام الاضطهاد كتلك التي تحدثنا عنها منذ قليل ظهرت عند 65 بالمائة من عينة كبيرة من أشخاص متعددي الجنسيات ممن يعانون الفصام Sartorius, Shapiro & Jablonksy, 1974 ، وقد تتخذ الضلالات عديدا من الأشكال، ومن بينها ما يلي:

- قد يحسب المريض أن الأفكار التي في عقله ليست أفكاره، وأن مصدرا خارجيا قد وضعها في عقله، وهذا ما يسمى "غرس الأفكار"، فعلى سبيل المثال فإن امرأة كانت تعتقد أن الحكومة قد زرعت رقاقة كومبيوتر في عقلها لكي يمكنهم غرس الأفكار في رأسها.
- قد يعتقد المريض أن أفكاره تنتشر أو يتم تناقلها، لذا فإن الآخرين يشعرون بما يفكر فيه، وهذا ما يسمى "ذيوع الأفكار"، فأثناء سيره في الشارع، قد يتلفت الشخص بارتياب إلى المارة معتقدا أنهم قادرون على سماع ما يفكر فيه على الرغم من أنه لم ينطق.

- قد يعتقد المريض أن هناك قوة خارجية تسيطر على مشاعره وسلوكياته، فعلى سبيل المثال قد يحسب الشخص أنه يتم التحكم في سلوكه من خلال الإشارات المرسلة من أبراج الهواتف الخلوية.



الاعتقاد أن الآخرين يلاحظونك بصورة خاصة هو ارتياب ضلالي شائع

- وقد يكون لدى الشخص "ضلال العظمة" فنجده يغالي في تقدير أهميته وقدرته ومعرفته، أو هويته، فعلى سبيل المثال: قد تظن امرأة أن بمقدورها تغيير اتجاه الرياح بمجرد تحريك يديها.
- وقد يكون لى الشخص "أفكارا مرجعية" فيربط أحداثا غير مهمة بإطار وهمي، ويحول الأمور المهمة إلى أنشطة تافهة يقوم بها الآخرون، فعلى سبيل المثال فإن من تظهر عليهم هذه الأعراض قد يحسبون أن أي حديث إنما يدور حولهم، وأن تكرار ظهور شخص ما في الشارع الذي يسير فيه المريض عادة قد يعني لديه أنه مراقب، وأن ما يراه في التليفزيون أو يقرأه في المجلات يشير بصورة ما إليه.

جدول 9-1 ملخص التصنيفات الأساسية لأعراض الفصام

الأعراض الإيجابية	الأعراض السلبية	الأعراض غير المنتظمة
الهلاوس والضلالات	انعدام الإرادة، فقر التعبير اللفظي، انعدام اللذة، قلّة التأثّر العاطفيّ، غياب الاختلاط الاجتماعي	الكلام غير المنتظم والسلوك غير المنظم

ورغم وجود الضلالات عند أكثر من نصف المصابين بالفصام، إلا أنها توجد أيضا عند بعض المرضى الذين تم تشخيص حالتهم بالإصابة بأمراض أخرى بما فيها الاضطراب ثنائي القطبية، والاكتئاب ذو الأعراض الذهانية، والاضطراب الوهمي.

الهلاوس واضطرابات الإدراك الأخرى:

غالبا ما يقر المصابون بالفصام بأن العالم يبدو بالنسبة لهم مختلفا أو حتى غير حقيقي، وكما ذكرنا في الحالة السريرية التي أوردناها في بداية هذا الفصل، فإن بعض الأشخاص يشيرون إلى صعوبات في الانتباه لما يدور حولهم:

"لا استطيع متابعة التلفزيون لأنني لا أستطيع أن أرى الشاشة وأستمع إلى ما يقال في ذات الوقت. فأنا لا أقدر على الانتباه إلى شيئين في وقت واحد خاصة إذا كان أحدهما يقوم على المشاهدة والآخر يعتمد على الاستماع.وعلى الجانب الآخر فإنني أستغرق في ما أراه لأول مرة، لكنني لا أستطيع مواصلة التركيز بعد ذلك. ولا أستطيع أن أفهمه" - مقتبس من McGhie & Chapman, 1961: 106 .

الهلاوس هي الاضطرابات الأكثر درامية التي تصيب، وهى خبرات حسية تتم في غياب أي تنبيه بيئي ذي صلة.، وغالبا ما تكون سمعية أكثر منها مرئية، حيث إن 74 بالمائة من إحدى عينات مرضى الفصام قد أشاروا إلى وجود هلاوس سمعية لديهم Sartorius et al. 1974 .

يشير بعض المرضى الذين يعانون الفصام إلى أنهم يسمعون صوتا آخر يتحدث بأفكارهم. بينما يقر البعض الآخر أنهم يسمعون أصواتا تتناقش، وبعضهم يسمعون أصواتا تعلق على تصرفاتهم، وكثير من المصابين بالفصام قد يمرون بحالات من الهلاوس وكأنهم يتقاتلون أو يتشاجرون، وفى إحدى الدراسات التي أجريت على 200 مريض ممن يعانون الفصام وتنتابهم الهلاوس الأطول والأعلى صوتا، والأكثر تكرارا، والتي يستخدم فيها صيغة الغائب بأنها غير سارة. إن الهلاوس التي يعتقد أن مصدرها شخص معروف كانت أكثر إيجابية Copolov, Mackinnon & Trauer, 2004

يرى بعض واضعي النظريات أن الأشخاص الذين تنتابهم هلاوس سمعية قد يحسبون صوتهم هو صوت شخص آخر، وأوضحت الدراسات السلوكية أن المصابين بهلاوس الفصام أكثر من المرضى الذين لا يعانون الهلاوس تعرضا لعدم تمييز تسجيلات صوتهم، وينسبونه لمصدر آخر مختلف. Allen, Johns, Fu, et al., 2004 . وقد تناولت دراسات التصوير العصبي ما يحدث في المخ خلال الهلاوس السمعية، فعلى سبيل المثال أشار استخدام التصوير بالرنين المغناطيسي الوظيفي fMRI إلى وجود نشاط أكبر في منطقة بروكا Broca's area، وهى المنطقة المسئولة عن إنتاج اللغة في المخ عندما يقر مرضى الفصام بسماعهم للأصوات. McGuire, Shah & Murray, 1993 . فلماذا يخطئ المرضى في التمييز؟ وربما تكون هناك مشكلة في الروابط بين مناطق الشق الأمامي التي تنتج الكلام ومناطق الشق المؤقت التي تقوى القدرة على فهم الكلام. وقد وجدت دراسة تحليلية شملت عشر دراسات تصويرية للمخ أن هناك تنشيطا قويا في مناطق المخ المرتبطة بإنتاج الكلام مثل: منطقة بروكا، وكذلك وجدت نشاطا في المناطق المرتبطة بمعالجة الكلام وفهمه في مناطق الشق المؤقت Jardri, Pouchet, Pins & Thomas, 2011 ، وقد دعمت هذه الفكرة الدراسات التي تستخدم كلا من التحليل النفسي

الـذهاني Ford, Mathalon, Whitfield, et al., 2002 والتصـوير الـدماغي McGuire, Silbersweig & Frith, 1996, Shergill, Brammer, Williams, et al.,2000 .

الأعراض السلبية :

تتكون الأعراض السلبية للفصام من الاضطرابات والعيوب السلوكية، مثل: انعدام الإرادة، غيـاب الاخـتلاط الاجتماعـي، انعـدام اللـذة، قلّـة التـأثّر العـاطفيّ، فقـر التعبـير اللفظـي Kirkpatrick, Fenton, Carpenter & Marder, 2006 ، وسوف نتناولها جميعـا فـيما يـلي. تميل هذه الأعراض إلى الظهور بعيدا عن الأعراض الدقيقة ولها آثار عميقة عـلى حيـاة مـريض الفصام، ومن المتوقع أن يكون لها أهمية كبيرة في اختبـارات التشـخيص، فوجـود العديـد مـن الأعراض السلبية يعتبر مؤشرا قويا على سوء الحياة، مثل: الفشل الـوظيفي، وقلـة الأصـدقاء في العامين التاليين لتلقي العلاج في المستشفى Ho, Nopoulis, Flaum, et al., 1998 .

انعدام الإرادة Avolition

يشير انعدام الإرادة أو السلبية إلى فقدان الدافع أو غياب الاهتمام أو عـدم القـدرة عـلى مواصلة الأنشطة الروتينية المعتـادة بمـا في ذلـك العمـل أو الدراسـة أو الهوايـات أو الأنشـطة الاجتماعية، فعلى سـبيل المثـال فـإن مـن يعـانون انعـدام الإرادة قـد لا يكـون لـديهم الـدافع لمشاهدة التليفزيون أو التريض مع الأصدقاء، وقد يكون لديهم صعوبة في الاستمرار في العمـل أو الدراسة أو الأعمال المنزلية، وقد يقضون معظم وقتهم حائرين دون أن يفعلوا أي شيء.

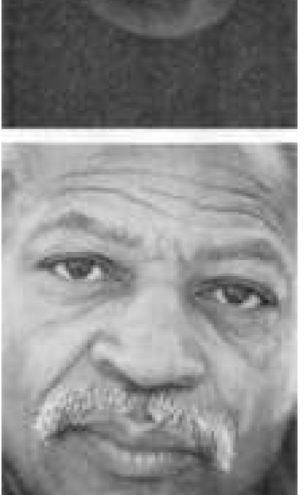
غياب الاختلاط الاجتماعي Asociality

يعانى بعض المصابين بالفصام مشاكل متعددة في العلاقات الاجتماعية، وهذا ما يشار إليه بمصطلح غياب الاختلاط الاجتماعي، فأصدقاؤهم قليلون، ومهـاراتهم الاجتماعيـة ضـعيفة، ولا يهتمون بالتواجد بين الناس، بـل وربمـا لا يرغبـون في تكـوين علاقـات وطيـدة مـع أسرهـم أو أصدقائهم أو أحبائهم، وعوضا عن ذلك نجدهم يرغبـون في قضـاء أوقـاتهم وحـدهم، وحيـنما يكونون بين الآخرين تظهر عليهم بعض الأعراض السطحية، وقد تبدو تصرفاتهم تجاه الآخـرين غير مكترثة وفاترة.

انعدام اللذة Anhedonia

يطلق على عدم الاهتمام أو التقليل من إظهار الاستجابة تجـاه المواقـف السـارة "انعـدام اللـذة Anhedonia". إن هنـاك نمطـين مـن التعبـير عـن السرور: أولهـما اللـذة الاسـتهلاكية consummatory pleasure وتشـير إلى مقـدار اللـذة التـى يشـعر بهـا الفـرد أثنـاء أو خـلال

وجود أمر مبهج، مثل مقدار اللذة التى قد تشعر بها أثناء تناولك وجبة شهية، فهذا ما نسميه باللذة الاستهلاكية. أما النوع الثاني فهو "اللذة المتوقعة anticipatory pleasure" ويشير إلى قدر اللذة المتوقع حدوثها من أنشطة أو أحداث مستقبلية، فهو على سبيل المثال قدر اللذة الذي تتوقعه عند تخرجك في الجامعة وهو هنا ما نسميه اللذة المتوقعة، ويظهر لدى المصابين بالفصام نقص في اللذة المتوقعة ولكن ذلك لا ينطبق على اللذة الاستهلاكية Gard, Kring, Germans, Gard, et al.,2007; Kring, 1999; Kring & Caponigro, 2010 . لذا فعند سؤال المصابين بالفصام عن المواقف أو الأنشطة المفترض أن تكون سارة لغالبية الناس مثل الطعام الشهي، أو الأنشطة الترفيهية، أو الأنشطة الاجتماعية وذلك في استبيان حول انعدام اللذة، أوضح مرضى الفصام أنهم يشعرون بالسرور في مثل هذه النوعية من الأنشطة أقل مما يشعر به الأشخاص الذين لا يعانون الفصام Gard et al., 2007; Horan, Kring & Balanchard, 2006 . ومن ثم فعند تعريض هؤلاء المرضى لأنشطة تبعث على السرور، مثل مشاهدة الأفلام المسلية، أو الأطعمة الشهية يظهرون إحساسهم بقدر من اللذة يماثل نفس القدر الذي أظهره من لا يعانون الفصام Gard, et al.,2007 ، ولذلك فان المرضى قد يظهرون انخفاضا في الإحساس باللذة في استفتاءات الإحساس باللذة التي تطلب منهم أن يصفوا مدى إحساسهم بالسرور الذي سينتابهم عند القيام ببعض الأنشطة المتنوعة، ولكن في حالة وجود أنشطة أو مواقف باعثة على السرور فإن المرضى يعيشون لحظة اللذة.



الأشخاص الذين يعانون من الفصام وتظهر عليهم أعراض قلة التأثر العاطفي لا يظهرون سعادتهم إلا أنهم يشعرون بها بقوة كغيرهم من الذين يبتسمون

قلّة التأثّر العاطفيّ Blunted Affect

يشير مصطلح قلّة التأثّر العاطفيّ Blunted Affect إلى عدم القدرة على التعبير الظاهري عن العواطف، فمن تظهر عليه هذه الأعراض قد يظل محدقا واجما ولا تعبر

عضلات وجهه عن أي تعبير عاطفي، وتبدو عيناه جامدتين لا حياة فيهما، وعندما تتحدث إليه، فقد يرد عليك بفتور وبصوت خال من أي نبرة تعبيرية، ولا ينظر في عين محدثه، وقد وجدت هذه الأعراض لدى 66 بالمائة ممن تضمنتهم عينة واسعة من المصابين بالانفصام . Sartorius, et al. 1974

ويشي مفهوم قلة التأثر العاطفي إلى التعبير الخارجي فقط عن المشاعر وليس إلى التجربة الداخلية للمريض التي قد لا يتم التقليل منها على الإطلاق، وقد أظهر ما يزيد على 20 دراسة أن المصابين بالفصام أقل استخداما للتعبيرات الوجهية عن غيرهم من غير المصابين، وهذا حقيقي وواقعي سواء في الحياة اليومية أو في الدراسات المعملية عند تعرضهم لمؤثر عاطفي مثل الأفلام، والصور، والأطعمة. وقد عبر المرضى عن نفس القدر من العواطف، بل إنهم تعرضوا لإثارة عاطفية أكبر مما أبداه غير المصابين Kring & Moran, 2008 .

فقر التعبير اللفظي Alogia

يشير فقر التعبير اللفظي Alogia إلى انخفاض حاد في مقدار الكلام، فالأشخاص الذين يعانون هذه الحالة لا يتحدثون كثيرا، وقد يجيب أحدهم على السؤال بكلمة أو كلمتين مقتضبتين، ولا يميل إلى الإسهاب وتقديم إجابات تفصيلية، فعلى سبيل المثال حين تطلب من شخص مصاب بفقر التعبير اللفظي أن يصف تجربة حياتية سارة، فقد يرد عليك قائلا: زواجي ولا يستطرد بمزيد من التفصيل حتى وإن سألته عن معلومات إضافية.

ورغم أننا قد استعرضنا خمسة أعراض سلبية مختلفة، فإن الأبحاث تشير إلى أن هذه الأعراض يمكن فهمها بشكل أوضح من خلال تصنيفها ضمن نطاقين أساسيين Blanchard, Cohen, 2006, Horan, Kring, Gur, et al., 2011, Messinger, Tremeau, et al, 2011 الفئة الرئيسة الأولى تتضمن وجود المحفز، والتجربة الشعورية وعدم الاختلاط وغالبا ما يشار إليه بمصطلح بُعد التجربة experience domain . أما الفئة الرئيسة الثانية فتتضمن التعبير الخارجي عن المشاعر والتعبير الصوتي وهو ما نشير إليه بمصطلح بُعد التعبير expression . domain

الأعراض غير المنتظمة

تتضمن الأعراض غير المنتظمة الكلام غير المنتظم والسلوك غير المنتظم.

الكلام غير المنتظم:

يعرف أيضا بالاضطراب الشكلي في التفكير formal thought disorder، ويشير إلى وجود مشاكل في تنظيم الأفكار ومشاكل في التحدث بطريقة يفهمها السامع، وقد وجد الخبراء أن هناك انعداما للترابط في بعض الأحيان لدى الأشخاص الذين يعانون الفصام

كما هى الحال في حالة هذا المحاور الـذي يسـأل "جـوون John" وهـو شـخص يعـاني الفصـام عددا من الأسئلة:

المحاور: هل شعرت بالانفعال أو التوتر في الفترة الأخيرة؟

جوون: على الإطلاق، فرأسي كرأس نبات الخس..

المحاور: رأسك رأس خس؟ لا أفهم..

جوون: حسنا... هي رأس خس وحسب.

المحاور: حدثني عن الخس .. ماذا تعنى بالضبط؟

جوون: حسنا.... الخس هو عبارة عن تحويل لفهد ميت عانى القفز على إصبع أسد. وقـد ابتلع الأسد فحدث شيء ما، فال ....، انظر، ال..... جلوريا وتومى كانا عبـارة عـن رأسين لم يكونا عملاقين مثل الحيتان غير أنهما تمكنا من الهرب مع بعـض القـيء أو شيء كهذا.

المحاور: ومن هما تومى وجلوريا؟

المريض: أأه ه ..... تردد هناك جو ديماجيو، وتومى هينريش، وبيل ديـكى وبيـل بيزوتـو، وجون اسكالافرا، وديـل كرانـديل، وتيـد ويليـام، ومـيكى مانتـل، وروى مانتـل، وراى مانتل، وبوب تشانس ....

المحاور: من هم؟ من هؤلاء الناس؟

جوون: أناس ميتون، إنهم يريدون من هذا المجرم ...... أن يمارس الجنس معهم.

المحاور: ماذا يعنى كل ذلك؟

جوون: حسنا، هل تفهم، على أن أغادر المستشفى. فمن المفترض أن أقوم بـإجراء عمليـة في ساقي. هل تعرف ..سيبدو الأمر شديد الغرابة، فأنا لا أرغب في الاحتفاظ بساقي، وهذا هو السبب في أنى أتمنى أن تجرى لي عملية جراحية.

المحاور: أترغب في بتر ساقيك؟

جوون: أتعرف .. ممكن؟

المحاور: ولماذا تريد ذلك؟

جوون: أنا ليست لدى أي سيقان لكي أبدأ بهـا.لـذلك يمكننـي أن أتخيـل لـو أننـي كنـت سريعا في الجري، إنني أخشى أن أكـون امـرأة متزوجـة، وهنـاك شرخ في رأسي التـي تشبه رأس الخس Neal, Oltmans, 1980, pp. 103-104 .

ورغما عن أن "جوون" كان يكرر مراجعا لأفكار وموضوعات مركزية، فإن تصوراته ومكونات أفكاره لم تكن متواصلة، وبات من الصعب فهم ما يسعى قوله للمحاور.

كذلك قد يكون الكلام أيضا غير مـنظم، ولا مـترابط عـن طريـق مـا يطلـق عليـه فقـدان الربط loose association أو الخروج عـن مسـار الحـديث derailment وهـي الحالـة التـي

يكون فيها الشخص أكثر نجاحا في التواصل مع مستمعه، غير أنه لا يكون قادرا على التركيز على موضوع معين، فالمرضى قد يستغرقون في سلسلة من الترابطات التي تستدعيها فكرة من الماضي، وقد أشار ستيف لوبيز Steve Lopez الصحفي بصحيفة لوس أنجلوس تايمز Los Angeles Times الذي صادق شخصا يعاني الفصام واسمه "ناثايل" ويعيش في لوس أنجلوس وكان موسيقيا بارعاً ومشرداً أيضاً. كتب "لوبيز" عن صداقتهما في كتاب أسماه "العازف المنفرد The Soloist S. Lopez, 2008 ، وكانت أعراض فقدان الربط تظهر على " ناثايل " فعلى سبيل المثال عند إجابته على سؤال حول "بيتهوفن" أجاب " ناثايل":

إن أفكاري قد اختلطت جميعا ببعضها، إذ أبدأ في التفكير أو الحديث عن شيء ما، غير أنى لا أستطيع أن أبلغه أبدا، على الرغم من أنى لا أسير في الاتجاه الخاطئ وأمسك بكل الأشياء المختلفة المرتبطة بالموضوع، أو بالأشياء التي أريد قولها، ولكن بطريقة لا أستطيع تفسيرها. ويتوه الذين يستمعون لي ويعانون أكثر مما أعانيه .. أنا من تشتت، إن مشكلتي تتلخص في أن لدى الكثير من الأفكار. يمكنك أن تفكر في شيء ما، فلنقل الطفاية مثلا، وقم بالتفكير فقط، نعم، إنها تلك التي أضع فيها السجائر، ولكنى أريد أن أفكر فيها، وبعد ذلك أريد أن أفكر في دستة أشياء مرتبطة بها في ذات الوقت. مقتبس من McGhie & Chapman, 1961, p. 108 .

من المنطقي أن نتوقع ارتباط الحديث غير المنتظم بوجود مشاكل في إنتاج اللغة، لكن ذلك لا يظهر في هذه الحالة، بل نجد أن الكلام غير المنظم يرتبط بوجود مشاكل فيما يطلق عليه التوظيف التنفيذي executive functioning، والتخطيط والربط بين التفكير والشعور. كما أن الكلام غير المنتظم يرتبط أيضا بالقدرة على إدراك المعلومات الدلالية، مثل معاني الكلمات Kens& Berenbaum, 2002, 2003 .

السلوك المضطرب غير المنظم Disorganized Behavior

يتخذ السلوك غير المنتظم عدة أشكال، فالمرضى قد يدخلون في نوبات غامضة من الإثارة والاهتياج، وارتداء ملابس غير مألوفة، والتصرف بصورة طفولية أو سخيفة، أو تخزين الطعام، أو جمع القمامة، ويبدو من الواضح فقدهم القدرة على تنظيم سلوكهم، وجعله متفقا مع المعايير الاجتماعية. وهم أيضا يجدون صعوبة في القيام بواجبات الحياة اليومية.

الأعراض الحركية Movement Symptoms :

من الأعراض الأخرى للفصام والتي لا تقع ضمن أي مجموعة من المجموعات التي حددناها إلا أنها تعتبر جزءا من معايير الدليل التشخيصي- الإصدار الخامس، وتتضمن

سلوكا حركيا غير اعتيادي يشير إلى إعاقة في السلوك الحركي، ويعتبر الجمود العضلي أو الجامود catatonia هو أحد الأمثلة الرئيسة لهذه الأعراض.

إن هناك العديد من الأعراض التي على أساسها يمكن توصيف الجامود، فالمصابون بهذه الأعراض يكررون الإيماء مستخدمين إشارات خاصة وأحيانا معقدة بأصابعهم، أو أياديهم أو حركة أذرعهم، والتي دائما ما تكون ذات قصد. هناك بعض المرضى الذين قد يظهرون نشاطا متزايدا غير عادى في كل مكان، بما في ذلك الإثارة الزائدة أو الحركات الفطرية للأطراف، وبذل الطاقة بشكل مبالغ فيه قد يبدو مثل الهوس. ويمثل انعدام الحركة التخشبي Catatonic Immobility أن يتخذ المرضى وقفات أو جلسات غير عادية، ويظلون محافظين عليها لفترات طويلة جدا من الوقت، وقد يتضمن الجمود العضلي المرونة الشمعية waxy flexibility فيمكن للشخص أن يثنى أطرافه ويحافظ على هذا الوضع لفترة طويلة من الوقت.



يتضمن الجامود/ الجمود العضلي العديد من المشكلات الحركية مثل اتخاذ وضعيات غير معتادة لمدد طويلة من الوقت

ونادرا ما نرى حالات من الجامود حاليا، وربما يكون السبب في ذلك هو فاعلية العلاج الدوائي في إزالة إعاقات العمليات الحركية. إلا أن بويل 1991 Boyle قد أشار إلى أن انتشار الجامود خلال بدايات القرن العشرين كان يعكس هذه الأعراض، وعلى وجه الخصوص فهناك نوع من التشابه بين الإصابة بالسبات أو مرض النوم، ويشير الجامود إلى إصابة حالات كثيرة بهذه الأعراض في مرحلة لاحقة، وقد جسدت هذه الفكرة في فيلم "اليقظون Awakenings"

أهم الاكتشافات 9-1

تاريخ مفهوم الفصام:

لقد قام طبيبان نفسيان أوروبيان بوضع مفهوم الفصام وهما إميل كرابيلين Emil Kraepelin، وأويجين بلاولر Eegen Bleuler للمرة الأولى، ففي البداية وصف كرابلين ما يسمى العته المبكر Dementia Praecox وهو المصطلح الذي نطلق عليه الآن "الفصام" وذلك في عام 1898، ويتضمن الجامود عدة أنواع فرعية تشخيصية وهي -

جنون العظمة، والتشنج، وجنون المراهقة- والتي اعتبرت منفصلة وتعامل معها الأطباء بصور مختلفة خلال العقود القليلة الأخيرة، وبالرغم من أن هذه الاضطرابات تختلف فيما بينها من حيث الأعراض، إلا أن كرابلين كان يعتقد أنها تشترك في جوهر عام، وأن مصطلح العته المبكر "Dementia Praecox" يعكس ما كان يعتقد بأنه جوهر هذه الأعراض وهو مجموعة من الاختلالات تمثل فسادا عقليا أو تلفا عقليا تقدميا لا مفر منه، فكلمة Dementia التي في مصطلح Dementia Praecox، ليست هي كلمة Dementia التي تم وصفها في الفصل الرابع عشر من هذا الكتاب، والذي يتناول الحياة المتأخرة، والتي يتم تحديدها بشكل مبدئي عن طريق العديد من التلف الذي يصيب الذاكرة، بصفة عامة كان يشير مصطلح كرابلين إلى "الضعف العقلي".



إيميل كريبلين ,Emil Kraepelin
1856-1926 طبيب نفسي ألماني، وضع توصيفات للفصام ثم أطلق عليه العته المبكر Dementia Praecox وهو من المصطلحات الراسخة في مجال البحث المعاصر

يختلف بلاولر Bleuler مع تعريف كرابلين في نقطتين رئيستين وهما: أنه يؤمن بأن الاضطراب ليس بالضرورة أن يكون له بداية مبكرة، وأنه يؤمن بأن نمو هذا الاضطراب ليس محتما حتى يصل إلى درجة الخبل. لذا فإن مصطلح العته المبكر Dementia Praecox لم يعد مناسبا، وفي عام 1908، قام بلاولر بتقديم اقتراحه المتمثل في مصطلح الفصام schizophrenia وهي كلمة يونانية من مقطعين: الأول كلمة Schizein تعني "يشرخ" وكلمة Phren تعني "العقل" وهما يكونان ما يريد أن يراه أو يعتبره الطابع الأساسي للحالة.



إيجوين بلاولر Eugen Bleuler
1857-1939 طبيب نفسي سويسري ساهم في معرفتنا بصياغة مفاهيم الفصام ووضع الكثير من مصطلحاته الثابتة

فطوال فترة كل حالة مرضية لا يعتبر مسار التدهور محددا لمعالم الاضطراب، فكانت أعراض الفصام منتشرة بين المرضى، ولذلك فقد كان عليه أن يقدم تبريرا لوضع هذه الأعراض في مجموعة واحدة من الناحية التشخيصية، بمعنى أنه كان يحتاج إلى

تحديد بعض الأسس المشتركة أو الخواص الأساسية التي تربط بين أنواع الاضطرابات وقد كان المصطلح أو المفهوم المجازي الذي وضعه لهذا الغرض هو "قطع الخيوط الاتصالية".

حيث إنه بالنسبة لبلاولر فإن خيوط الاتصال، لا تربط بين الكلمات فقط، ولكن بين الأفكار أيضا، ولذلك فإن التفكير الفعال ذا الهدف المحدد، والتواصل، كان ممكنا فقط إذا كانت هذه الأبنية الافتراضية سليمة، أما القول بأن هذه الخيوط كانت قاطعة في المرض بالفصام، هذه المقولة أو الفكرة يمكن استخدامها للإشارة لمعدل الاضطرابات الأخرى، فعلى سبيل المثال، رأي بلاولر أن الصعوبات في الانتباه ناتجة عن فقدان الاتجاه نحو هدف محدد أثناء التفكير، ومن ثم التسبب في ردود أفعال انفعالية تجاه الناس والموضوعات في المحيط الحالي.

قد أدرك كرابلين أن نسبة مئوية قليلة من المرضى الذي يعانون الضعف العقلي لم تتعرض للتدهور، لكنه فضل أن يقصر هذه المجموعة التشخيصية على المرضى الذين لديهم تقدير ضعيف. وعلى العكس، فقد أدى عمل بلاولر إلى توسيع مفهوم الاضطراب، فقد قام بفحص بعض المرضى ممن تظهر عليهم الأعراض بصورة أوضح، كما أنهم يعانون الفصام، وقد قام أيضا بتشخيص الفصام في العديد من المرضى الذين سيحصلون على تشخيص مختلف من أطباء آخرين.

الفصام في الدليل التشخيصي الخامس DSM-5 :

تختلف معايير الفصام في الدليل التشخيصي الخامس DSM-5 إلى حد ما عن المعايير الواردة في الدليل التشخيصي الرابع DSM-IV-TR انظر التلخيص في جدول 9-2 وصندوق معايير الدليل التشخيصي الخامس ص 252، وهناك تشابه بين المعايير الواردة في الدليل التشخيصي - الإصدار الخامس وتلك الواردة في الدليل التشخيصي الإصدار الرابع، فالإصدار الخامس يتطلب استمرار الأعراض فترة لا تقل عن ستة أشهر من الاضطراب، على أن يكون من الستة أشهر شهر على الأقل تظهر فيه الأعراض الدقيقة، أو المرحلة النشطة، والتي يتم التعرف عليها من خلال وجود اثنين على الأقل من الأعراض التالية: الضلالات والهلاوس والكلام غير المنظم، والسلوك غير المنظم بدرجة كبيرة أو الجامود، والأعراض السلبية. أما الوقت المتبقي المطلوب للتشخيص فقد يحدث إما قبل المرحلة النشطة أو بعدها، وهذا المعيار الزمني يستبعد المرضى الذين لديهم أعراض ذهانية خفيفة، ومن ثم يتحقق شفاؤهم بسرعة.

كذلك فقد ألغى الدليل التشخيصي في إصداره الخامس التصنيفات الفرعية والتي كانت جزءا من الدليل التشخيصي في إصداره الرابع DSM-IV-TR مثل: فصام

البارانوي، وغير المنتظم، والتخشبي، وعدم التمييز. والسبب في هذا الحذف ناجم عن عدم جدوى طرحهم، وانخفاض مستوى الاعتمادية، وأنها تمثل تداخلا بين الفئات الفرعية، وقلة قدرتها التنبؤية على تشخيص واحد أو أكثر من أنماط الفصام، وتوفير معلومات تساعد في علاج الاضطراب أو في التنبؤ بتطوراته.

والفصام جزء من الفصل الوارد في الدليل التشخيصي في إصداره الخامس تحت عنوان "الفصام الطيفي والاضطرابات الذهانية Schizophrenia Spectrum and Psychotic Disorders، وهناك عدد آخر من الاضطرابات الأخرى ضمن هذه المجموعة، وهي المدرجة في جدول 9-2 .

جدول 9-2 : أعراض الفصام الطيفي والاضطرابات الذهانية

أعراض الدليل التشخيصي الإصدار الخامس	التغيرات الرئيسة
الفصام Schizophrenia	- عدم وجود تصنيفات فرعية - وصف الأعراض السلبية بمزيد من التفصيل. - حذف المعيار الخاص بضرورة أن تكون من بين الأعراض: الهلاوس، أو الضلالات، أو عدم انتظام الكلام. - حذف شرط ظهور واحد من الأعراض فقط مصاحبا للضلالات الشاذة.
الاضطراب الفصامي العاطفي Schizoaffective disorder	- ظهور الضلالات أو الهلاوس لمدة لا تقل عن أسبوعين في وجود أعراض تتفق مع اضطرابات المزاج بدلا من "أعراض المزاج البارزة". - أعراض لنوبة من نوبات الاكتئاب الرئيس خلال "معظم" فترة المرض. بدلا من "الظهور الملموس".
الاضطراب الضلالي Delusional disorder	- حذف شرط أن تكون الأوهام "غير بارزة".
الاضطراب فصامي الشكل Schizophreniform disorder	- لابد وأن تتضمن الأعراض وجود الهلاوس، أو الضلالات، أو عدم انتظام الكلام.
اضطراب ذهاني خفيف Brief psychotic disorder	- لابد وأن تتضمن الأعراض وجود الهلاوس، أو الضلالات أو عدم انتظام الكلام.

وهناك نوعان آخران من الاضطرابات الذهانية البسيطة هما الاضطراب فصامي الشكل Schizophreniform disorder والاضطراب الذهاني الخفيف Brief psychotic disorder، وأعراض الاضطراب فصامي الشكل هي نفسها أعراض الاضطراب الذهاني الخفيف لكنها تستمر لفترة تتراوح ما بين شهر إلى ستة أشهر. يستمر الاضطراب الذهاني

لمدة تتراوح ما بين يوم إلى شهر واحد، وغالبا ما تنتج عن الضغط النفسي الحاد كالفجيعة في شخص عزيز. إن هذين الاضطرابين لم يلحق بهما سوى تغير واحد في الدليل التشخيصي- الإصدار الخامس، وهو أن الأعراض لابد وأن تتضمن الهلاوس أو الضلالات أو عدم انتظام الكلام.

يتضمن الاضطراب الفصامي العاطفي Schizoaffective disorder مزيجاً من أعراض الفصام واضطرابات المزاج. وتتطلب معايير الدليل التشخيصي- الإصدار الخامس حدوث نوبات اكتئابية أو هوسية عوضا عن أعراض اضطرابات المزاج البسيطة التي كانت موجودة في الدليل التشخيصي- الإصدار الرابع.

أما من يصاب بالاضطراب الضلالي Delusional disorder فيعاني أوهام الشعور بالاضطهاد أو الغيرة الوهمية أو توهم أن الرفيق أو الحبيب غير مخلص له. وتتضمن الأوهام التي تندرج تحت هذا الاضطراب أوهام أن هناك من يتتبع المريض، وأوهام الخيانة أن يتوهم المريض أن الشخص محبوب من قبل شخص آخر، وغالبا ما يكون هذا الحبيب غريبا وعالي المكانة الاجتماعية، ووهم الإصابة بالمرض مثل: الإصابة بالسرطان ، واشتمل هذا التصنيف على تغيير واحد في الدليل التشخيصي- الإصدار الخامس وهو أن الأوهام أو الضلالات لم تعد غير شاذة.

كما أضاف الدليل التشخيصي في إصداره الخامس تصنيفا جديدا هو "شروط الدراسات الإضافية" وهو جزء من القسم الثالث يشار إليه بأنه متلازمة الذهان الأولي attenuated psychosis syndrome، وسوف نتناول هذه الجزئية بالتفصيل في" أهم الاكتشافات 9-2.

أهم الاكتشافات 9-2

متلازمة الذهان الخفيف attenuated psychosis syndrome

اهتم الدليل التشخيصي في إصداره الخامس بإدراج اضطراب جديد هو "الفصام الطيفي والاضطرابات الذهانية Schizophrenia Spectrum and Psychotic Disorders" والذي يشار إليه باسم متلازمة الذهان الخفيف APS ، وقد خلق هذا قدرا جيدا من النقاش والجدال في هذا المجال، وفي الختام وضع الفصام الطيفي والاضطرابات الذهنية في القسم الثالث من الدليل التشخيصي- الإصدار الخامس وهو القسم الذي يحدد شروطا للحاجة لمزيد من الأبحاث قبل ضمه إلى الدليل التشخيصي، وبعد توصيف الاضطراب المشار إليه، أدرجنا الميزات والعيوب المتعلقة بإدراجه ضمن الدليل التشخيصي.

برزت فكرة الفصام الطيفي والاضطرابات الذهنية ضمن بحث أجري على مدار العقدين الماضيين لدراسة الشباب المعرضين لمخاطر الإصابة بالفصام، ويطلق على هذا

النوع من الدراسات اسم الدراسات السريرية لارتفاع المخاطرة clinical high-risk studied ناقشناها بتوسع لاحقا. كانت نقطة الانطلاق في هذا الاتجاه هي الدراسات المطولة التي اعتمدت على دراسة الشباب الذين تظهر عليهم أعراض إيجابية متوسطة والتي يمكن أن تتطور للإصابة بالفصام Miller, McGlashan, Rasen et al., 2002 . استخدم البحث مقياس المقابلة الشخصية المهيكلة للمتلازمات غير الطبيعية structured interview for paranormal syndromes SIPS ، وهذا ما أظهر مجموعات من الشباب المختلفين عن باقي الأشخاص الذين لا يعانون الأعراض المتوسطة وعن أولئك الأشخاص الذين لديهم تاريخ عائلي مع الفصام الأشخاص الذين تضمنتهم دراسات المخاطر الأسرية العالية والتي ناقشناها سابقا ، وأشير إلى هؤلاء الأشخاص بوصفهم غير طبيعيين أو خارقين للطبيعة paranormal، وتشير كلمة prodrome إلى العلامات الأولى للمرض، ويختلف الأشخاص الذين صنفوا على أنهم خوارق أو غير طبيعيين وفق معايير اختبار SIPS عن غيرهم من الشباب الآخرين الذين لم تنطبق عليهم المعايير في عدد المؤشرات المؤثرة بما في ذلك الوظائف الحياتية اليومية ومعدل تحولهم إلى اضطرابات الفصام الطيفي Woods, Addington, Cadenhead et al., 2009 . إن ما يتراوح بين 10 إلى 30 بالمئة من الأشخاص الذين تنطبق عليهم معايير ما بعد الأعراض الطبيعية تتطور حالتهم إلى الإصابة باضطراب الفصام الطيفي مقارنة بنسبة 0.2 بالمئة فقط من إجمالي العينة Carpenter & van Os, 2011; Yung, Woods, Ruhrman et al., 2012 .

ولكن ما الحجج التي في صالح إضافة هذا التصنيف الجديد إلى الدليل التشخيصي- الإصدار الخامس؟ أولها أن تحديد متلازمة الذهان الخفيف APS يساعد الأشخاص في الحصول على العلاج بدلا من بقائهم دون أن يلاحظهم أخصائيو الصحة العقلية. للأسف فإنه في ظل نظام التأمين الصحي الحالي في الولايات المتحدة فإن الشخص لا يحصل على العلاج ما لم يتم تشخيص أعراضه بصورة رسمية. ثانيا: أن هناك أملا في أن يؤدي تحديد وتمييز وعلاج المصابين بمتلازمة الذهان الخفيف APS إلى منع تطور حالتهم للإصابة بالفصام أو اضطرابات الفصام الطيفي.

إلا أنه كانت هناك بعض الحجج ضد إضافة هذا التصنيف الجديد Yung, Nelson, Thompson & Wood, 2010 . أولا: أن هذا التصنيف لم يحظ بعد بالموثوقية والنفاذ لدرجة تدعم إدراجه في الدليل التشخيصي. ثانيا: أن هناك مستوى عاليا من الاعتلال المشترك مع الأعراض غير الطبيعية، فما يزيد على 60 بالمئة من الشباب تنطبق عليهم أعراض غير طبيعية ممن لديهم تاريخ من الاكتئاب تزداد لديهم احتمالية الإصابة بمتلازمة الذهان الخفيف APS وهي في حقيقتها جزء من الاضطرابات المزاج ولكنها ليست اضطراب فصام طيفي. ثالثا: عدم وجود اهتمام بوضع تصنيف جديد خاصة فيما

يتعلق بالشباب مما قد يؤدي إلى النظر إليهم بصورة سلبية أو بتحامل، وقد يكون من غير الضروري إزعاج الشباب وأسرهم بذلك، وختاما: فعلى الرغم من أن توفير طرق العلاج للمصابين بالضغط النفسي أو الأعراض الإيجابية الموهنة هو هدف نبيل، إلا أن هناك تخوفا من أن تختلط طرق العلاج مع طرق علاج الفصام وذلك في ظل غياب حد فاصل بينهما، وفي واقع الأمر فإنه لا يوجد حتى الآن علاج فعال لمتلازمة الذهان الخفيف APS Carpenter . & van Os, 2011

نبذة سريعة :

يعتبر الفصام اضطرابا مختلفا للغاية، فهو يصيب الرجال والنساء، بنفس الدرجة، ويمبدأ في المراهقة المتأخرة أو البلوغ المبكر. ويمكن أن نميز بين الأعراض فمنها الإيجابي والسلبي، وغير المنتظم. تتضمن الأعراض الإيجابية الهلاوس والضلالات، أما الأعراض السلبية فتتضمن انعدام الإرادة، وفقر التعبير اللفظي، وقلة التأثر العاطفي Affect، وعدم الإحساس بالسرور أو اللذة، وعدم المخالطة الاجتماعية. أما الأعراض غير المنتظمة فإنها تشمل الكلام غير المنتظم، والسلوك غير المنتظم. ولا يوجد من بين هذه الأعراض ما يعتبر حاسما بالنسبة لتشخيص الفصام. لا يتضمن الدليل التشخيصي في إصداره الخامس أيا من الفئات الفرعية للفصام وذلك لعدم توافر قدر من الاعتمادية وعدم فائدتها.

أما الاضطرابات الذهانية فتتضمن: الاضطراب الفصامي العاطفي، والاضطراب الذهاني الخفيف وهي تختلف عن الفصام من حيث المدة. يتضمن الاضطراب الفصامي العاطفي أعراض كل من الفصام واضطرابات المزاج، أما الاضطراب الوهمي فإنه ينطوي على الضلالات ولكنه لا يتضمن أية أعراض أرخى من أعراض الفصام، وتكون فيه الضلالات أقل شذوذا من أوهام الفصام، ويكون الاضطراب الوهمي أقل ظهورا من الفصام. وقد أدرج الدليل التشخيصي- الإصدار الخامس تصنيفا جديدا يتضمن المتلازمة الذهانية بما فى ذلك الأعراض الايجابية وهي التي تسبب التوتر والتي تشهد توجها خلال آخر سنة من المرض، ولم يكن هذا التصنيف مدرجا في الإصدار الخامس ضمن قسم الاضطرابات ولكن تمت إضافته في القسم الثالث كواحدة من الشروط اللازمة للدراسة المستقبلية، وقد تمت إضافته بشكل رسمي للدليل التشخيصي.

أسباب الفصام:

بماذا نفسر تبعثر الأفكار وعدم ترابطها، والحاجة إلى التعبير عن العواطف والضلالات الغريبة، والهلاوس المحيرة التي عاناها الأشخاص المصابون بالفصام؟ فكما سنرى، فإن هناك عدداً من العوامل التي تسبب هذا الاضطراب المعقد.

العوامل الجينية:

هناك عدد من الأبحاث يدعم فكرة أن الفصام يتضمن مكونا جينيا، كما سنناقش ذلك في الأجزاء التالي ذكرها فيما بعـد حـول الجينـات السـلوكية وأبحـاث الجينـات الجزئيـة التـي تـم إجراؤها حول هذه الجينات، ويبدو الدليل أكثر إقناعا نوعا ما من دراسات الجينات السلوكية، وذلك يرجع في الغالب إلى أن هذه الدراسات كانت متطابقة، وهناك دليل حديث يشير إلى أن الفصام يعود إلى أسباب جينية، وأن هذه العوامل الجينية تتباين وتختلف من حالة إلى حالـة، وهذا ما يعكس الحقيقة التي ذكرناها سابقا وهي ضرورة تشـخيص الفصـام بصـورة منفصـلة، فالجينات تقوم بوظيفتها وفق البيئة لذلك فدراسات التداخل الجيني البيئي تسهم في توضـيح الدور الجيني في الفصام Walker& Tessner, 2008 .

دراسات الجينات السلوكية:

تدعم الدراسات التي تجرى على الأسرة، والتوائم، والتبنـي فكـرة أن العوامـل الجينيـة تلعب دورا في حدوث الفصام قـد تم إجراؤها عندما كان تعريف الفصـام أوسـع ممـا هـو عليه الآن. إلا أن الباحثين الوراثيين قد جمعوا معلومات وصفية حـول العينـات التـي قـاموا بدراستها، مما يسمح للنتائـج بإعادة تحليلها فيما بعد باستخدام معيار جديد في التشخيص.

الدراسات العائلية:

يعـرض جـدول 9-3 مخـتصرا لمخـاطر الفصام لدى أقارب متعددين في حـالات مصـابة بالفصام، لابد عند تقييم النتائج من ملاحظة أن المجازفة من أجل الفصام في السكان بصفة عامة لا تتعدى واحد بالمائـة . ومـن الواضـح تمامـا أن أقارب المرضى المصابين بالفصام في خطـر متزايـد ويتزايد الخطـر كلـما كانـت العلاقـة الوراثيـة أو الجينية بين صاحب الجين وبين الأقارب أكثر قربا Kendler, Karkowski-Shuman & Walsh, 1996 . كـما وجـدت دراسـات أخـرى أن مـن لديهم أشخاص مصابون بالفصام في عـائلاتهم أو في تـاريخ عـائلتهم، يظهـرون أعراضـا سـلبية أعـلى مـن أولئـك الـذين تخلـو عـائلاتهم مـن

جدول 9-3 ملخص الدراسات العائلية ودراسات التوائم الرئيسة لجينات الفصام.

العلاقة بالمصاب	نسبة الفصام %
الزوج	1.00
الطفل الأكبر	2.84
ابن الأخ/ الأخت	2.65
الأطفال	9.35
النسيب/ الصهر	7.30
التوائم المتماثلة DZ	12.08
التوائم غير المتماثلة MZ	44.30

Gottesman, McGuffin & Farmer, 1987

مـرض الفصـام Malaspina, Goetz, Yale, et al., 2000 . وذلـك عـلى افـتراض أن الأعـراض السلبية قد يكون بها العنصر الجيني أقوى.

وفي دراسة حالية أجريت على ما يزيد على مليونين من الأشخاص من الدنمارك من خـلال نظام التسجيل المدني الـدنمركي Gottesman, Laursen, Bertelsen & Mortensen, 2010 . يقوم هذا النظام بتسجيل كافة تصاريح دخول وخروج المرضى إلى المستشفيات عند العلاج من مشكلات صحية بما في ذلك الاضطرابات العقلية. قام الباحثون بفحص لتحديد أعـراض الفصـام والاضطراب ثنائي القطبية بين الأشخاص الذين يعانون منهما ويكون أحد أبويهما أو كلاهما قـد اعترف بإصابته بالفصام أو الاضطراب ثنائي القطبية. كـما فحصـوا مـؤشرات هـذه الاضـطرابات لدى الأطفال ممن أقر أحد والديهم بالإصابة بالفصـام أو الإصـابة بالاضـطراب ثنـائي القطبيـة، وخلصت إلى النتائج المدرجة في جدول 9-4 ، وكما هـو متوقـع فقـد كانـت مـؤشرات الإصـابة بالفصام أعلى لدى الأطفـال الـذين أقـر والـداهما كلاهـما بالإصـابة بالفصـام ممـن كـان أحـد والديهم فقط مصابا بالفصام. تقترح هذه النتائج أنه ربما يكون هناك بعض الجينات المشـتركة التي تربط بين الفصام والاضطراب ثنائي القطبية، وهذا ما تشير إليه الدراسات الجينية الجزئية والتي سنتناولها فيما بعد.

تشير نتائج دراسات العائلة إلى أن الجينات تلعب دورا في الإصابة بالفصام يمكن أن تنقل وراثيا. غير أن أقارب الشخص المصاب بالفصام لا يشتركون فقط في الجينات، ولكـن أيضـا لهـم خبرات وتجارب مشتركة. وهنا نستعيد ما أوردناه في الفصل الثاني بـأن الجينـات تقـوم بـالكثير من عملها عبر البيئة. وبالتالي فإن تأثير البيئة لا يمكن إغفالـه عنـد شرح الخطـورة أو المخـاطر الأعلى بين الأقارب.

دراسات التوائم :

يوضـح جـدول 9-3 المخـاطر بالنسـبة للتـوائم المتطابقـة MZ والتـوائم الأخويـة DZ والمصابين بالفصـام. وقـد بلغـت نسـبة المخـاطرة بالنسـبة للتـوائم المتطابقـة MZ 44.3 بالمئة، وبرغم أنها أعلى مـن نسـبة الفصـام أو المخـاطرة في التـوائم الأخويـة DZ والتـي بلغـت 12.08 بالمئة إلا أنهـا لم تبلـغ بعـد 100 بالمئـة. وقـد توصـلت أبحـاث حديثـة أخـرى



غالبا ما تدرس الدراسات الجينية السلوكية التوائم الثنائية أو الثلاثية أو الرباعية، وهذه صورة لحالة نادرة لأربعة توائم من الإناث ظهر استعدادهن للإصابة بالفصام

إلى نفـس النتـائج Cannon, Kaprio, Lonngvist, et al., 1998; Cardno, Marshall, Coid, et al, 1999 . تعتـبر هـذه النسـبة التـي تقـل عـن 100٪ والتـي وجـدت في التـوائم المتطابقة ذات أهمية كبيرة: فلو أن الانتقال الـوراثي فقـط هـو الـذي يـتم أخـذه في الحسـبان بالنسبة للفصام، وكان أحد التوأمين مصابا بالفصام، فبالتالي سيصاب الآخر بالفصام خاصة لدى التوائم المتطابقة جينيـا. كـذلك فـإن الأبحـاث التـي أجريـت عـلى التـوائم قـد أشـارت إلى أن الأعراض السلبية قد يكون العنصر الـوراثي فيهـا أقـوى مـن الأعـراض الإيجابيـة Dworkin& Lenzenwenger, 1984; Dworkin, Lenzenwenger & Moldin, 1987

وكما هى الحال في الدراسات العائلية هناك صعوبة في تفسير نتـائج دراسـات التـوائم في مشكلة خطيرة، فالبيئة المشتركة وليست العوامل الوراثية المشـتركة، قـد تكـون مسـئولة جزئيـا عن زيادة المخاطرة. ولا نقصد بالبيئة المشتركة العوامل البيئية المشتركة أو غـير المشـتركة، مثـل تربية الطفل أو العلاقات بين الأقران، ولكن أيضا بيئة الرحم إذا كانـت متشـابهة فـإن التـوائم الأحادية المتماثلة تكون أكثر عرضة من التوائم غير المتماثلة وذلك لأنها تشترك في نفس الدم.

جدول 9-4 ملخص للدراسة الأسرية التي قام بها جوتزمان Gottesman وزملاؤه 2010

الأعراض النفسية المرضية لدى الوالدين	احتمال الإصابة بالفصام
إصابة كلا الوالدين بالفصام	٪27.3
إصابة أحد الوالدين بالفصام	٪7.0
عدم إصابة أي من الوالدين بالفصام	٪0.86
إصابة أحد الوالدين بالفصام وإصابة الآخر بالاضطراب ثنائي القطبية.	٪15.6

أجرت الباحثة فيشر Fischer 1971 بحثا رصينا يدعم التفسير الوراثي للمخاطرة الكبيرة الموجودة عند التوائم المتماثلة، وعللت فيشر ذلك بأنه إذا كانت هذه المعدلات تعكس التـأثير الوراثي حقا فإن التوائم الذين لا يعـانون الفصـام يتعرضـون لمخـاطرة كبـيرة تجـاه الاضـطراب، وبالتالي فإن هؤلاء التوائم من المفترض أن يكون لديهم البيئة الوراثية للفصام، وفي واقـع الأمـر فإن معدل الإصابة بالفصام والاضطراب الذهاني المشابه للفصام في التوائم المتماثلـة كـان عنـد غير المصابين بها 9.4 المئة، بينما كان لدى المصابين بالفصام ضئيلة أو غير دالة 12.3 بالمئة، وكلا المعدلين يزيد قليلا عن نسبة واحد بالمائة مقارنة بعـدد السـكان الكـلي، وهـذا يـدعم أهميـة العوامل الجينية في الإصابة بالفصام.

دراسات التبني:

أظهرت الدراسات التي أجريت على الأطفال الذين كانت أمهاتهم تعانين الفصام، ولكنهم تربوا منذ طفولتهم المبكرة لدى آباء وأمهات بالتبني، أنهم لا يعانون الفصام، ووفرت دليلا على أهمية الدور الذي تلعبه الجينات في الفصام، فهذه الدراسات تستبعد الآثار المحتملة الناتجة عن كون الطفل قد تربى في بيئة تضم والدين مصابين بالفصام.

في دراسة تقليدية حالية، تابع هوستن 74 1966 Hoston شخصا ولدوا فيما بين عامي 1915، 1945 من أمهات أصبن بالفصام، وقد تم تربيتهم على يد مربية أو من خلال آباء بالتبني، وقد تم اختيار 50 مشاركا من الذين تم فحصهم، ثم اختيارهم من نفس الملاجئ التي ترعى النساء المصابين بالفصام. أظهر تقييم المتابعة أن المعايير الضابطة لم تشر إلى الفصام في مقابل 10.6 بالمئة خمس من الأمهات المصابات بالفصام.

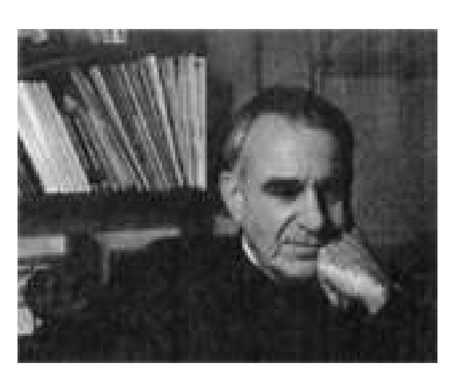
وفي دراسة موسعة أخرى تناولت الأبناء المتبنين ممن عانت أمهاتهن الإصابة بالفصام، فقد ظهرت نتائج مشابهة، ففي هذه الدراسة كان معدل خطر الإصابة بالفصام لدى 164 من المتبنين من الأبناء البيولوجيين لنساء عانين من الفصام هو نسبة 8.1 بالمئة، وكانت النسبة في العينة الضابطة التي تكونت من 197 من المتبنين المولودين لأمهات لم يعانين الفصام منخفضة إذ بلغت 2.3 بالمئة. كما أن معاملات الخطر بالنسبة للاضطرابات الأخرى مثل الاضطراب الفصامي العاطفي، أو الاضطراب فصامي الشكل كانت عالية لدى المتبنين المولودين لوالدين أصابهما الفصام بصورة تفوق المتبنين في العينة الضابطة Tienari, Wynne, Moring, et al., 2000 من الفصام.

وفي دراسة أخرى عن التبني أجريت في الدنمارك Kety, Rosenthal, Wender, et al., 1976, 1994 قام الباحثون بفحص سجلات الأطفال الذين تم تبنيهم في المراحل الأولى من عمرهم. وقد تم اختيار كل الذين قاموا بعملية التبني ممن شخصت حالتهم بأنها الفصام، أما الحالات الباقية، فقد اختار الباحثون من بينها مجموعة ضابطة من أشخاص ليس لهم تاريخ في الإصابة بأمراض نفسية، ولم تصب بالفصام ولكنها تتشابه مع العينة المبحوثة في متغيرات مثل الجنس والنوع والسن، وتم تحديد العائلات الأصلية والعائلات المتبنية في المجموعتين، وتم إجراء بحث آخر لتحديد من منهم له تاريخ مع المرض النفسي، ومثلما هو متوقع، إذ تكرر ظهور العوامل الجينية في الفصام فإن الأقارب البيولوجيين من المجموعة المصابة بالفصام تم تشخيص حالتهم بأنها بالفصام، وهم في الغالب يزيدون في عددهم مقارنة بعدد المجموعة الكلية، أما المجموعة المتبناة فلم تكن كذلك.

دراسات المخاطر الأسرية العالية :

هي نوع مختلف من دراسات الأسرة يطلق عليها دراسات المخاطر الأسرية العالية familial high- risk studies. يبدأ هذا النوع من الدراسات بدراسة أحد الأبوين البيولوجيين المصاب بالفصام وتتبع تاريخهم المرضي خلال فترة طويلة وذلك بغرض تحديد كم عدد أبنائهم المحتمل إصابتهم بالفصام، وما أنماط العوامل العصبية والسلوكية التي تظهر أثناء طفولتهم، وكيف يمكن التنبؤ بها. ظهرت أول دراسة للمخاطر الأسرية العالية للإصابة بالفصام خلال الستينيات من القرن العشرين Mednick & Schulsinger, 1968 . وقد اختار الباحثون الدنمارك والشعب الدنمركي نظرا لسهولة تسجيل الأشخاص ومتابعتهم لفترة طويلة، وقد شارك في الدراسة 207 من الشباب الذين تعاني أمهاتهم الفصام، قرر الباحثون أن تكون الأم هي الطرف المصاب بالفصام نظرا لمشكلة الاعتراف بالأبوة تجاه الأب. ثم دراسة 104 من المشاركين منخفضي المخاطرة ممن لم تعان أمهاتهم الفصام، وفي عام 1972 بعد أن كبروا وأصبحوا رجالا ونساء تمت متابعتهم وإخضاعهم لعدد من المقاييس مثل اختبارات بطارية الأعراض. إن خمسة عشر بالمئة من هؤلاء تم تشخيص حالاتهم على أنها فصام، بينما لم يتم تشخيص أي حالة في المشاركين في المجموعة الضابطة.

أجريت تحليلات إضافية للمشاركين في العينة الضابطة ممن شخصت حالتهم بأنها فصام موضحة أعراضا إيجابية وسلبية للفصام تختلف في أسبابها المرضية Cannon, Mednick & Parnas, 1990 ، بالنسبة لمن ظهرت عليهم الأعراض السلبية غير الطبيعية كانت لديهم مشكلات خلال مرحلة الحمل والولادة ولم تكن لديهم استجابة عصبية حتى تجاه أبسط المثيرات، وعلى النقيض من ذلك فإن الأشخاص الذين ظهرت عليهم الأعراض الإيجابية غير الطبيعية كان لديهم تاريخ من عدم الاستقرار الأسري مثل الانفصال عن الوالدين ووجودهم في مراكز الرعاية أو مؤسساتها لفترة من الوقت.



سارنوف ميدنيك Sarnoff Mednick عالم نفسي بجامعة ساوثرن كاليفورنيا، رائد استخدم طريقة الدراسات الأسرية عالية المخاطر في دراسة الفصام، وساهم أيضا في تشخيص الأعراض العقلية المرتبطة بالإصابة بهذا الاضطراب

ومع ظهور هذه الدراسة الرائدة أجريت دراسات أخرى للمخاطر العالية، ومن بعضها تم الحصول على معلومات تتضمن الأسباب المحتملة للعلاج النفسي لدى البالغين،

ولا يقتصر ذلك على الفصام وحده. توصلت دراسة عالية المخاطر في نيويورك أنه من خلال المعايير يمكن قياس الاضطرابات السلوكية ومتابعتها Cornblatt & Erlenmeyer-Kimling, 1985 .

علاوة على ذلك فإن انخفاض معدل الذكاء هو أحد السمات التي ظهرت ضمن المخاطر العالية لدى الأطفال الذين تتم معالجتهم في المستشفيات Erlenmeyer- Kimling & Cornblatt, 1985 ، وفي دراسة إسرائيلية إشارة إلى أن الوظائف السلوكية العصبية، ضعف التركيز، ضعف القدرة اللفظية، فقدان الضبط والتناسق الحركي تعد مؤشرا على الإصابة بالفصام الطيفي، وكذلك مشكلات بين شخصية Marcus, Hans, Nagir et al., 1987 . أما الدراسة التي أجريت في نيوانجلاند فقد وجدت أن الأبناء لأبوين أحدهما مصاب باضطراب الفصام الطيفي تتزايد احتمالات إصابتهم أيضا بالفصام عند سن الأربعين إلى ستة أضعاف نسبة من لا يعاني والديهم الفصام Goldstein, Buka, Seidman & Tsuang, 2010 . كذلك فقد تضمنت هذه الدراسة مجموعة من الأبوين من المصابين بما يطلق عليه " الذهان الوجداني effective psychosis" وهذا يتضمن الاضطراب ثنائي القطبية والاضطراب الاكتئابي الرئيس إضافة إلى أعراض الذهان. لا يتعرض أبناء الوالدين المصابين بالذهان الوجداني إلى مخاطر عالية فيما يتعلق بإصابتهم بالفصام الطيفي، ولكن نسبة إصابتهم بالذهان الطيفي بلغت أربعة عشر ضعفا مقارنة بالأطفال الذين لا يعاني والديهم أي اضطراب ذهاني.

أبحاث الوراثة الجزيئية:

تعد معرفة أن للفصام مكونا جينيا نقطة البداية للانطلاق في البحث ليس إلا، أما فهم سبب نشوء النزعة الجينية فهو التحدي الأكبر الذي يواجه الباحثين، كما هي الحال مع كل الاضطرابات التي نناقشها في هذا الكتاب تقريبا، ومن غير الواضح ما إن كانت النزعة إلى الفصام تنتقل عن طريق جين منفرد.

حاولت دراسات التحليل الارتباطي تقليص عدد احتمالات جينات معينة ترتبط بالفصام، ووفق ما أوردناه في الفصل الرابع فإن الهدف من دراسات الارتباط هو تحديد كيفية ارتباط جين معين أو عدة جينات محددة بتكرار سلوك أو تصرف معين مثل: النمط الظاهري phenotype، تركز الأبحاث بشكل مبدئي على الجينات المرتبطة بعنصر الدوبامين Dopamine المستقبل، وذلك لأنه كما سنناقش فيما يلي فإن هذا المستقبل يعتبر مشتركا مع الفاعلية الإيجابية لبعض الأدوية أو مرتبطا بها والتي يتم استخدامها في معالجة الفصام، وبالرغم من أن هناك بعض النتائج الإيجابية Glatt, Faraone, & Tsuang, 2003 ، إلا أن هناك عددا من الدراسات الأخرى أظهرت نتائج سلبية Owen, Williams & O'Donovan, 2004 .

خلصت هذه الدراسات إلى أن هناك أربعة جينات تدعم هذا الرأي، اثنان منها يرتبطان بالإصابة بالفصام وهما: DTNBI، NGRI أما الجينيان الآخران فيرتبطان بالخلل المعرفي المرتبط بالفصام وهما COMT، BDNF. والجين الذي يطلق عليه DTNBI يحتوي على نوع من البروتين يسمى الديسبندين Dysbindin والذي يتم إفرازه عبر المخ ولكن وظيفة الجين أو البروتين لم تتحدد بعد، ومن الواضح أنها تؤثر على الدوبامين والجلوتيمات الموجودة في نظام النواقل العصبية من خلال المخ MacDonald, Chafee, 2006 ، وهذه الأنظمة لها علاقة بالإصابة بالفصام فمخ الأشخاص المصابين بالفصام كما سنعرض لذلك لاحقا.

وبالإضافة إلى ذلك، فإن دراسة من دراسات ما بعد الوفاة، قد أوضحت ذلك بالمقارنة مع الأشخاص غير المصابين بالفصام، أولئك الذين تبدو معهم الفصام تحتوي على نسبة قليلة من - Dysbindin في عدد من مناطق المخ، بما فيها المنطقة الأمامية أو منطقة القشرة الأمامية، والقشرة المؤقتة وقرن آمون والكيانات ذات الهياكل الرخوة Weickert, Straub, McClintock et al., 2004 ، وهناك جين آخر وهو NGRI والذي يرتبط بالناقلات العصبية ومستقبلات الجلوتامين العصبية NMDA. ويعتبر أيضا مفيدا في عملية تكوين النخاع Myelination.

وجدت دراسات أخرى أن الجين المسمى COMT مرتبط بالوظائف التنفيذية التي تعتمد على القشرة الجبهية Goldberg & Weinberger, 2004 ، وأوضح عدد من الدراسات أن الأشخاص المصابين بالفصام ينتابهم خلل في هذه الوظائف التنفيذية، وتتضمن هذه الوظائف: التخطيط، والذاكرة العاملة، وحل المشكلات، وأشارت دراسات أخرى إلى مشكلات تحدث في القشرة الجبهية. إن قليلا من دراسات الارتباط هي التي أشارت إلى ارتباط الجين COMT بالفصام Harrison & Weinberger, 2004 . أما الجين BDNF فقد تمت دراسته وربطه بالوظائف المعرفية سواء لدى الأشخاص المصابين أو غير المصابين بالفصام، وهذا الجين مسئول عن عملية أيض يطلق عليها Val66Met ولدى كل شخص جينان اثنان من ذات الفئة Val/Val أو Met/Met أو قد يكون أحدهما Val، وVal/Met Met ، وفي دراسة موسعة تضمنت أشخاصا مصابين وغير مصابين بالفصام، ظهر أن الذاكرة العاملة تكون حالتها أفضل لدى الأشخاص الذين يكون لديهم الثنائي الجيني Val/Val مقارنة بأولئك الذين لديهم جين Met منفردا أو مزدوجا Ho, Milev, O'Leary et al., 2006 Val/Met, Met/ Met .

على الرغم من تكرار هذه النتائج في بعض الدراسات التي تناولت فشل الارتباط بين هذه الجينات الأربعة والإصابة بالفصام. علاوة على ذلك فإن هذه الجينات الأربعة لا

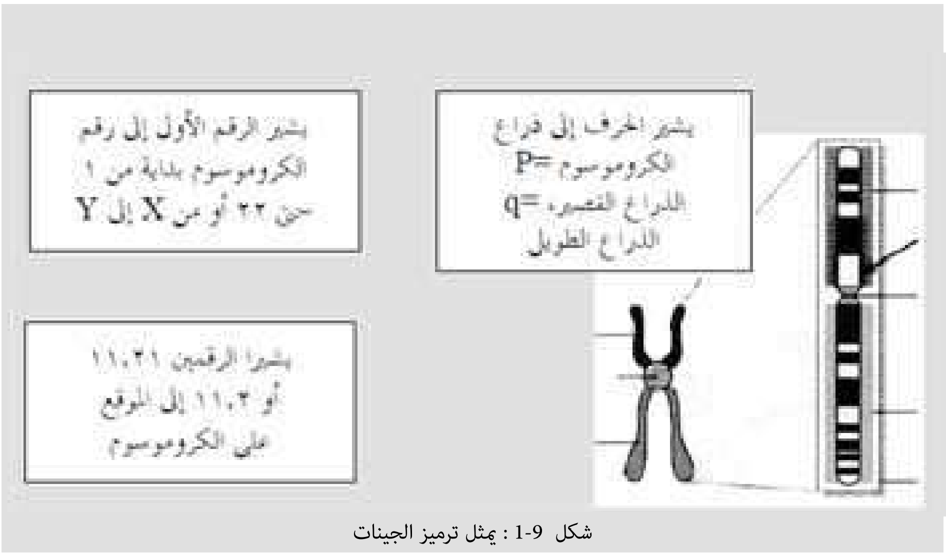
تظهر في الدراسات الجينية الموسعة. يعكس هـذا ضـخامة الارتبـاط الجينـي بالفصـام Kim, Zerwas, Trace & Sullivan, 2011 .

اسـتخدمت دراسـات الارتبـاط الجينـومي الموسـع GWAS أيضـا في دراسـة الإصـابة بالفصام، وعودة إلى ما تناولناه في الفصل الثاني فـإن هـذا الأسـلوب يسـمح للبـاحثين بتحديـد المؤشرات النادرة مثل تغيرات النسخ العددي الجينـي CNVs في الجينـات، فضـلا عـن معرفـة موقع الجين ذاته. إن هذه التغيرات هي عبارة عن تبديلات في الجـين تحـدث بشـكل عشـوائي دون أسباب معروفة، وتشير تغيرات النسخ العـددي الجينـي CNV إلى النسـخ غـير الطبيعـي مثل الحذف أو التكرار في جزء أو أكثر من الحامض النووي DNA في الجين، ومثال عـلى ذلـك، فإن إحدى دراسات الارتباط الجينومي الموسع GWAS قد أوضحت أن هنـاك تغـيرات نـادرة تشمل 50 متغيرا نادرا للنسخ العددي الجيني، وأنها تتضاعف إلى ثلاثة أضعاف لـدى المصـابين بالفصام مقارنة بغير المصابين وذلك خلال مقارنـة عينتـين مختلفتـين مـن الأشـخاص Walsh, McClellan, McCarthy et al., 2008 . إن بعض التغييرات الجينية معروفة بارتباطها ببعض عوامل المخاطرة الأخـرى فـيما يتعلـق بمسـببات الإصـابة بالفصـام بمـا فيهـا النواقـل العصـبية للجلوتاميد والبروتينات والتي تحدد مدى ملاءمة العصب الموجود بالمخ خلال فترة نموه. فضـلا عن أنه بالرغم من أن التغييرات التي تم تحديـدها شـائعة لـدى كثـير مـن المصـابين بالفصـام بصورة تفوق وجودهـا لـدى غـير المصـابين، إلا أنهـا لا تظهـر إلا عنـد 20 بالمئـة مـن المصـابين بالفصام. لذا فإن كثيرا من العوامل الجينيـة لا تـزال في حاجـة إلى دراسـات مسـتقبلية كي يـتم اكتشافها.

أشارت دراستان حاليتان من دراسات الارتباط الجينومي الموسع GWAS التـي درسـت الفصـام إلى أن هنـاك تغـيرات في النسـخ العـددي الجينـي CNV كانـت عـلى هيئـة حـذف 1q21.122, 15q13.3, q11.21 راجـع شـكل 9-1 لمعرفـة كيفيـة فـك رمـوز شـفرة الأرقـام والحروف وهي مخالفة للمتعارف عليه في التكرار الجيني منذ بداية البحث الجيني الحـديث Bassett, Scherer & Brzustowics, 2010; Kim, et al., 2011 . كذلك فهناك عملية حذف أخرى في جين NRXN1 وتضاعف عددي جيني واحد p11.216 وقد جاء ذكـر ذلـك في أكـثر من دراسة، إلا أن هذه النتائج ليست قوية بما يكفي.

كذلك أجريت دراسات الارتباط الجينومي الموسع GWAS لدراسة تتـابع الجينـات، وهذه الدراسـات تسـعى إلى تحديـد تعـدد أشـكال النوكليوتيـدات وأحـد SNP المرتبطـة بالإصابة بالفصام، ونتائج هذه الدراسات ليست متكررة كنتائج دراسات الارتباط الجينومي الموسـع GWAS وتغـيرات النسـخ العـددي الجينـي CNVs، وتشـير النتـائج إلى ارتبـاط تعـدد أشـكال النوكليوتيـدات SNP بالإصـابة بالفصـام وكـذلك ارتباطـه بالاضـطراب ثنـائي

القطبية وهـي بهـذا تقـترح أن هنـاك اسـتعداداً جينيـاً للإصـابة بهـذه الاضـطرابات Owen, Carddock & O'Donovan, 2010 .



شكل 9-1 : يمثل ترميز الجينات

هناك ثلاث نقاط مهمة تتعلق بهذه التغيرات:

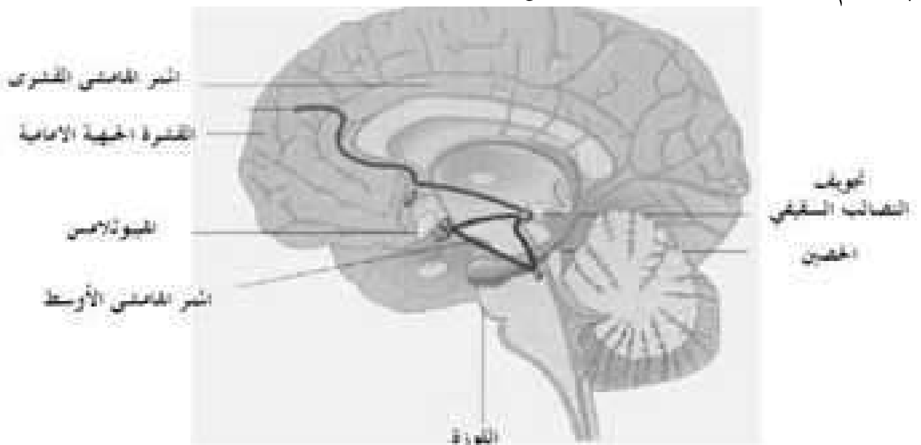
1- أن جميعها نادرة الحدوث، 2- قليل من الأشخاص الذين تحدث عندهم هـذه التغـيرات يصابون بالفصام، 3- أنها لا تختص بالإصابة بالفصام وحده ولكن هـل يعنـي قولنـا بـأن الباحثين يسيرون في مسار خاطئ؟ ليس بـالضرورة أنهـم عـلى خطـأ. إن هـذه الدراسـات تثبت الارتباط بين النسق الجيني والإصابة بالفصام، وتشير إلى فكرة أنه ليس أمـرا حتميـا أن يتشارك جميع المصابين بـذات الاضـطراب الفصـامى نفـس العوامـل الجينيـة المؤديـة للإصابة. هناك بحث جيني يدعم فكرة الاحتمالية الجينية للإصابة بالفصام قد تنـتج عـن العديد من التغيرات النادرة.

دور النواقل العصبية :

تتنـاول الأبحـاث حاليـا العديـد مـن النـاقلات العصـبية، مثـل السـيروتونين Serotonin، والجلوتيمات Glutamate، سعيا لمعرفة الدور الذي تلعبه هذه النـاقلات في حـدوث الفصـام، وقد كان الناقل العصبي الأول الذي يلفت انتباه الباحث هـو الـدوبامين Dopamine، ونحـن هنا نتتبع مسيرة هذه الأبحاث، لكي نلقي الضوء على أنها قد ساعدت وأعاقت في الوقت ذاتـه الجهود الرامية إلى تحديد أسباب وطرق علاج الفصام.

نظرية الدوبامين Dopamine Theory:

إن النظرية القائلة بأن الفصام مرتبط بزيادة نشاط الناقل العصبي المسمى بالدوبامين - Dopamine، هذه النظرية تقوم بشكل مبدئي على معرفة أن المخدرات التي تؤثر في معالجة الفصام تقلل من نشاط الدوبامين - Dopamine، وقد لاحظ الباحثون أن المخدرات المضادة للذهان لها فائدتها في علاج بعض أعراض الفصام، ولها أيضا آثار جانبية تشبه أعراض الشلل الرعاش. فالشلل الرعاش معروف أنه ينتج عن انخفاض كمية الدوبامين Dopamine في مناطق عصبية معينة في المخ. وبالتالي فقد تم التأكيد على أنه بسبب تشابهها البنائي مع جزئ الدوبامين، فإن جزئيات المخدرات المضادة للذهان تقع ضمنا وبالتالي تعوق مستقبلات الدوبامين - Dopamine لما بعد العصبية Postsynaptic Dopamine كما هي الحال مع المستقبلات بالنسبة لناقلات عصبية أخرى، وهناك درجات فرعية متعددة من مستقبلات الدوبامين. فمستقبلات الدوبامين التي يتم منعها عن طريق مضادات الذهان تسمى D2، وبمعرفتنا عن فعل المخدرات الذي يساعد المرضى بالفصام فإنه من الطبيعي أن نتوقع أن الفصام ينتج عن زيادة النشاط في مناطق عصب الدوبامين. وهناك تأييد غير مباشر لهذه النظرية المسماة نظرية الدوبامين، والمتعلقة بالفصام. هذا التأكيد نابع من الكتابات حول ذهان مجموعة الفيتامينات، حيث إن مجموعة الفيتامينات قد تعمل على ظهور حالة تعتبر قريبة جدا من حالة جنون العظمة، ويمكن لهذه الفيتامينات أيضا أن تعمل على زيادة أعراض المرضى بالفصام Angrist, Lee, Gershon. 1974 .

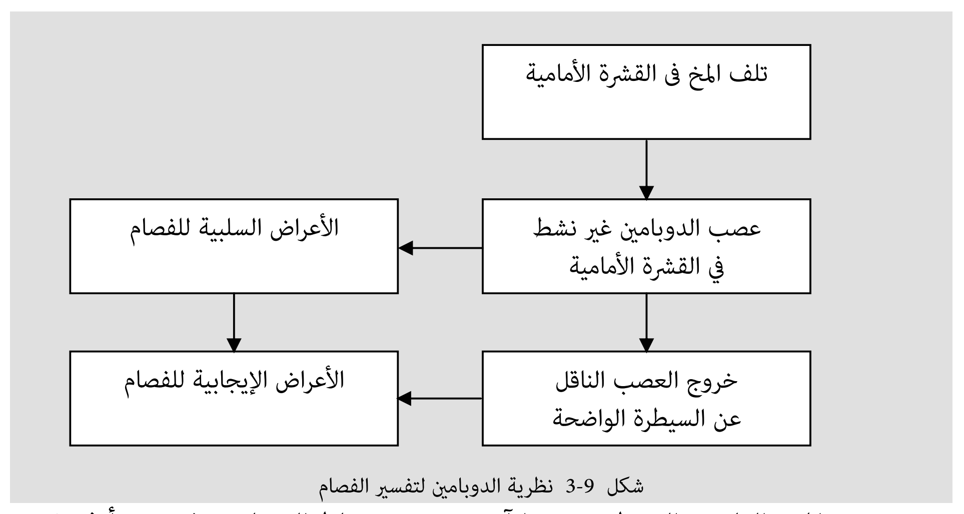


شكل 9-2 : المخ والفصام. الممر الوسطي الهامشي باللون الأخضر يبدأ في منطقة تجويف التصالب السقيفي Ventral segmental area ويصل إلى ما قبل القشرة الجبهية الأمامية، والممر الوسطي الهامشي باللون الأزرق يبدأ أيضا عند تجويف التصالب السقيفي ويسري حتى منطقة الهيبوثلامس hypothalamus، واللوزة الدماغية Amygdala والحصين hippocampus، ومنطقة نواة أكومبينس أو النواة المتكئة nucleus accumbens

وبناء على هذا الدليل، فقد افترض الباحثون في البداية أن زيادة الدوبامين هي التي تسبب الإصابة بالفصام، ولكن كما أكدت دراسات أخرى، فإن هذا الافتراض هو افتراض ساذج مقارنة بالأعراض المتنوعة للفصام، كما أن بعض الأدلة قد تدعم فكرة أن المصابين بالفصام يكون لديهم عدد محدد من نواقل الدوبامين أو أن لديهم حساسية في مستقبلات الدوبامين، فعلى سبيل المثال تشير بعض الدراسات التي يتم إجراؤها بعد الوفاة على مخ المرضى بالفصام، وكذلك أشعة PET على مرضى الفصام، إلى أن مستقبلات الدوبامين تعتبر أكبر في العدد أو أنها تعتبر عالية الحساسية في بعض المصابين بالفصام Hietala, Syvalahti, Vuorio, et al., 1994; Tune, Wong, Pearlson, et al., 1993; Wong, Wagner, Tune, et al., 1986 . إن وجود الكثير من مستقبلات الدوبامين يؤدي إلى تزايد نشاط إفراز الدوبامين أو أي ناقل عصبي آخر في داخل نقطة الاشتباك العصبي، وما يتفاعل منه مع مستقبلات Postsynaptic هو جزء قليل منه، كما أن وجود الكثير من المستقبلات يعطي فرصة أكبر للدوبامين الذي يتم إفرازه لكي ينشط المُستقبِل وهنا تتزايد فرصة نشاط الدوبامين.

إلا أن زيادة مستقبلات الدوبامين تبدو مرتبطة بصورة أساسية بالأعراض الإيجابية، وتقلل مضادات الذهان هذه الأعراض ولكن تأثيرها على الأعراض السلبية يكون قليلا أو حتى منعدما، وهناك دراسات أخرى سعت إلى تناول نظرية الدوبامين محاولة وضع الأعراض السلبية في الحسبان Davis, et al., 1991 . أما الزيادة في نشاط الدوبامين والتي يعتقد أنها الأكثر علاقة وارتباطا بالفصام، فقد تمركزت منطقة الممر الهامشي الأوسط Mesolimbic Pathway انظر شكل 9-2 ، والآثار العلاجية لمضادات الذهان على الأعراض الإيجابية تحدث من خلال منع أو حجز مستقبلات الدوبامين في هذا النظام العصبي، وبالتالي تخفيض وتقليل نشاط الدوبامين.

بالرغم من الدليل الإيجابي الذي عرضناه الآن، فإنه يبدو أن نظرية الدوبامين لم تزل بعيدة عن كونها نظرية كاملة في الفصام. فعلى سبيل المثال، تأخذ هذه النظرية عدة أسابيع بالنسبة للمضادات الذهانية، فلكي تبدأ في تقليل الأعراض الإيجابية للفصام تقوم بحجز المستقبلات الدوبامين بسرعة Davis, 1978 . ويعتبر هذا الفصل بين الآثار السلوكية والآثار المترتبة على تناول العقاقير، يعتبر هذا الفصل بين آثار مضادات الذهان صعبا على الفهم داخل سياق النظرية، ومن بين الاحتمالات احتمال يتمثل في أنه على الرغم من أن مضادات الذهان تعمل في الواقع على حجز مستقبلات D2، إلا أن أثرها العلاجي النهائي قد ينتج عن الأثر الذي يحدثه هذا المنع على مناطق أخرى في المخ، وعلى أنظمة أخرى للناقل R.M Cohen, Nordahl, Semple, et al., 1997 .



شكل 9-3 نظرية الدوبامين لتفسير الفصام

ويعتبر الممر الهامشي الوسطي مشهدا آخر يعبر عن نشاط الدوبامين، فهو يبدأ في نفس المنطقة في المخ مثله كالممر الهامشي الوسطي ولكنه يتجه إلى المنطقة ما قبل الجبهية. كذلك فإن المنطقة ما قبل الجبهية تمتد إلى مناطق أخرى في المخ تتأثر بإفراز الدوبامين، وقد يقل نشاط عصب الدوبامين في منطقة القشرة ما قبل الأمامية أو الجبهية وهذا يؤدي إلى فقد السيطرة على الدوبامين في مناطق المخ الأخرى كاللوزة الدماغية وهو ما يؤدي إلى زيادة نشاط الدوبامين في الممرات، ونظرا لأن هناك اعتقادا بارتباط منطقة القشرة الجبهية الأمامية بظهور الأعراض السلبية للفصام، فإن انخفاض نشاط الدوبامين في هذه المنطقة من المخ قد يسهم في ظهور الأعراض السلبية للفصام. علاوة على ذلك، فنظرا لعدم وجود تأثير رئيس للعقاقير المضادة للذهان على أعصاب الدوبامين في منطقة القشرة الأمامية، فإننا نتوقع أنها لن تكون فعالة تجاه الأعراض السلبية وهي كذلك بالفعل، وعندما نفحص الأبحاث التي ناقشت الاختلالات الهيكلية في المخ لدى المصابين بالفصام، فسنجد أن هناك ارتباطا وثيقا بين هذين الأمرين.

الفصام عبارة عن اضطراب له أعراض منتشرة وواسعة، تشمل الإدراك والوعي، والنشاط الحركي، والسلوك الاجتماعي، ومن المحتمل أن يكون ناقل عصبي واحد هو المسئول عن كل هذه الأعراض، ولذلك فإن الباحثين في الفصام قد قاموا بطرح العديد من الناقلات العصبية. بما يشبه الشبكة الواسعة، ومنطلقين من تأكيد واضح على الدوبامين.

ناقلات عصبية أخرى:

كما سنناقش فيما بعد، فإن العقاقير الجديدة التي يتم استخدامها في علاج الفصام تتضمن أو تحتوي على ناقلات عصبية أخرى في الاضطراب مثل السيروتونين

Serotonin، وتقوم هذه العقاقير الحديثة بإعاقة الدوبامين D2 بشكل جزئي، غير أنهـا تعمـل أيضا من خلال إعاقة وحجـز مسـتقبل Serotonin 5HT2- مثـل: Burris, Molski, Xu, et al., 2000 ، فأعصاب الدوبامين تعمل بشكل عام على تعديل نشاط الأنظمة العصبية الأخـرى. على سبيل المثال تقوم في القشرة الأمامية بتنظيم نواقل حمـض جامـا أمينوبيوتيريـك GABA، ولذلك فإنـه لا يعتـبر مـن المـدهش أن يـتم تعطيـل نقـل GABA، في قشرة الـدماغ الأماميـة للمرضى بالفصام Volk, Austim, Pierri, et al., 2000 . وبالمثل فإن أعصـاب - Serotonin تقوم بتنظيم أعصاب الدوبامين في ممر الهامشي - Mesolimbic Pathway.

أما الجلوتمات Glutamate، فهو ناقل منتشر في المخ البشري، ويمكـن أيضـا أن يكـون لـه دور Carlsson, Hanson, Waters, et al., 2002 ، وتم اكتشـاف مسـتويات منخفضـة مـن الجلوتمات Glutamate في سائل النخاع الشوكي في المـرضى بالفصـام Faustman, Bardgett, Faull, et al.,1999 ، وأظهرت دراسات ما بعد الوفاة وجود مستويات منخفضة مـن الإنزيـم المطلـوب لإنتـاج الجلوتمـات Tsai, Parssani, Slusher, et al., 1995 ، وقـد أوضـحت الدراسات وجود الحمـض الأمينـي غـير البروتينـي Homocysteine وهـو مـادة معـروف عنهـا تفاعلها مع مستقبل NMDA لدى من يصابون بالفصام خـلال المرحلـة الثالثـة وكـذلك في دمـاء النساء الحوامل اللاتى تظهـر علـيهن أعـراض الفصـام في مرحلـة البلـوغ Brown, Bottiglieri, Schaefer, Quesenberry, et al.,2007; Regland, Johansson, Grenfeldt, et al.,1995 .

أما المخدر العادي PCP ص 305 فإنه يمكنه أن يعمل على تنشيط الأعراض الإيجابية والسلبية عند الأشخاص غير المصابين بالفصام، وهو يقوم بذلك من خلال التدخل مع واحد من مستقبلات Glutamate O'Donnell, Grace, 1998 ، وبالإضـافة إلى ذلـك فـإن تناقصاً في - Glutamate الذي يدخل من القشرة الأمامية للمخ أو قرن آمون في الدماغ هذان الهيكلان للمخ موجـودان في الفصام إلى مخطط الجسم الهيكلى المفلوق بشكل مؤقت يمكن لهذا التناقض أن يؤدي إلى زيادة نشاط الـدوبامين. O'Donnell, Grace, 1998 ، وهنـاك دليـل إضـافي آخـر يشـير إلى الإعاقـات المعرفية لدى المصابين بالفصام ويعزز ذلك أنشـطة الـقشرة قبـل الجبهيـة وكـذلك أعـراض عـدم الانتظام التي ترتبط بانخفـاض NMDA MacDonald & Chafee, 2006 ، وتجـري اختبـارات الآن على علاج دوائي يستهدف مستقبلات الجلوتمات، وكانت النتائج الأولية مبشرة واعدة، سـواء فيما يتعلق بتقليل الأعراض أو تفادي تزايد الوزن الذي يعد أحد الآثار الجانبية المزعجة المرتبطـة بالكثير من طرق العلاج الدوائيـة المسـتخدمة في عـلاج الفصـام Patil, Zhang, Martenyi, et al.,2007

هيكل المخ ووظيفته:

بدأ البحث عن اختلال المخ الذي يسبب الفصام مبكرا جدا في الوقت الذي تم فيه التعرف على الأعراض، ولكن الدراسات عجزت عن أن تظهر أو تتوصل إلى نتائج قاطعة حتى وقت قريب جدا، ويعتبر التكامل والرهبة هو التحدي الأكبر الذي يواجه هذه المهمة. فالفصام تؤثر على كل شيء حولنا يجعلنا بشرا - إنها تؤثر على تفكيرنا وعلى شعورنا وعلى سلوكنا وتصرفنا. وبالتالي فإنه من المستبعد أن يكون نوع واحد من الشذوذ الموجود في المخ هو المسئول عن جانب كبير من أعراض الفصام. وفي العقدين الأخيرين وعلى أية حال أظهرت الأبحاث بعض النتائج الواعدة، وقد ساعد على ذلك الوسائل التكنولوجية الحديثة التي تم اكتشافها، ومن بين النتائج أو أكثر النتائج التي تم مراجعتها وتكرارها بشكل جيد عن اختلالات المخ في الفصام، هي توسيع تجاويف المخ والاختلال الوظيفي في قشرة المخ الأمامية، والاختلال الوظيفي في القشرة المؤقتة والمكونات المحيطة بمناطق المخ.

التجاويف الموسعة Enlarged Ventricles:

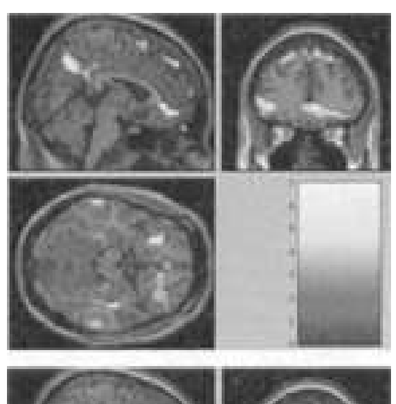
تظهر دراسات ما بعد الوفاة التي يتم إجراؤها على أدمغة المرضى بالفصام بشكل ثابت تجاويف دماغية متسعة، فالمخ يتضمن أربعة تجاويف وهي فراغات توجد في المخ ويملؤها السائل العصبي، ويؤدي تزايد وجود هذا السائل إلى فقدان بعض خلايا المخ، فالدراسات التحليلية المتعمقة التي تناولت العديد من دراسات التصوير العصبي تشير إلى أن بعض المصابين بالفصام حتى في المراحل الأولى للإصابة تكون لديهم فجوات أوسع Kempton, Stahl, Williams, et al., 2010; Wright, Rabe-Hesketh, Woodruff, et al., 2000 ، ودليل آخر فيما يتعلق باتساع التجاويف كان ما تضمنته دراسات تصوير بالرنين المغناطيسي MRI تم إجراؤها على زوجين من التوائم المتطابقة من النوع MZ، وكان زوج واحد فقط من هذين الزوجين من التوائم مصابا بالفصام Mcneil, Cantor-Graae & Weinberger, 2000; Suddath, Christison, Torrey, et al.,1990 ، وفي كلتا الدراستين كان لدى التوأم المريض تجاويف دماغية وبسعة أكبر من التوأم السليم، وفي إحدى الدراستين أمكن التعرف على معظم التوائم المصابة بالفصام وذلك من خلال فحص الرؤية البسيطة للأشعة. ولأن التوائم كانوا متطابقين جينيا في هاتين الدراستين، فإن النتائج تفترض أن أصل هذه الاختلالات العقلية قد لا يكون وراثيا أو جينيا، وفي دراستين تحليليتين مطولتين وجد أن التجاويف المتسعة تتزايد مع تطور المرض، ويتوقف ظهور المرض على ارتفاعها أو انخفاضها Kempton et al., 2010; Olabi, Ellison- Wright, McIntosh, et al., 2011 .

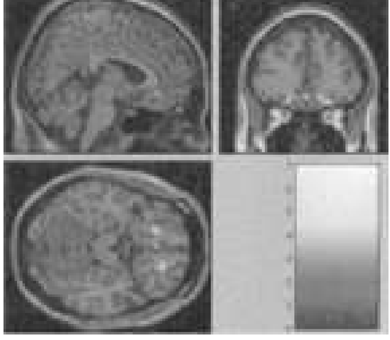
وقد ظهر تأثير اتساع الفجوات لدى المصابين بالفصام من خلال الاختبارات العصبية النفسية، فهي تكون مسئولة عن الأداء الضعيف للوظائف قبل الإصابة

بالاضطراب وكذلك ضعف الاستجابة للمعالجة الدوائية Andreasen, Olsen, dennert, et al.,1982; Weinberger, Cannon- Spoor, Potkin, et al.,1980 . إن الحد الذي وصلت إليه درجة توسيع التجاويف يعد متوسطا، وهناك العديد من المرضى الذين لا يختلفون عن الأناس العاديين غير المصابين. بالإضافة إلى ذلك، فإن التجاويف الواسعة لا تعتبر قاصرة على الفصام كما أنها تظهر واضحة في أشعة CT التي يتم إجراؤها على المرضى الذين يعانون اضطرابات أخرى غير الفصام، مثل الاضطراب ثنائي القطبية مع وجود علامات ذهانية Rieder, Mann, Weinberger, et al., 1983 ، إن مثل هؤلاء الأشخاص قد يظهر لديهم اتساع في التجاويف يكون كبيرا في الغالب مثل الذي يتم رؤيته في الفصام Elkis, Friedman, Wise, et al., 1995 .

العوامل المرتبطة بقشرة المخ الأمامية:

- هناك العديد من الأدلة التي تشير إلى أن قشرة المخ الأمامية لها أهمية خاصة فيما يتعلق بالفصام.
- فمن المعروف أن قشرة المخ الأمامية تلعب دورا في بعض السلوكيات مثل الكلام، وصناعة القرار والسلوك الذي له هدف محدد، والتي يتم تعطيلها عند الإصابة بالفصام.
- أظهرت دراسات MRI وجود تناقضات في مادة الدماغ السنجابية Gray Matter في قشرة المخ الأمامية Buchanan, Vladar, Barta, et al., 1998 .
- يتسم أداء المرضى المصابين بالفصام بالسوء عند إجراء الاختبارات النفسية العصبية وهي اختبارات تم تصميمها لتحديد الوظائف التي تساعد المنطقة الأمامية على تنشيطها، بما في ذلك الذاكرة الفعالة، أو القدرة على الاحتفاظ ببعض المعلومات القليلة في الذاكرة Barch, Csernansky, Conturo, et al., 2002, 2003; Heinrichs & Zakzanis, 1998.





توضح هذه الصور نشاط المخ خلال دراسة باستخدام التصوير بالرنين المغناطيسي الوظيفي fMRI التي تضمنت دراسة تجربة شعورية سارة لمدة 12 ثانية تالية. أوضحت العينة الضابطة أن هناك نشاطا أعلى في المناطق الأمامية مقارنة بالعينة المصابة بالفصام

- وفي أحد أنواع التصوير الوظيفي الذي يتم فيه دراسته تمثيل الجلوكوز في المخ أو في مناطق تمديده في المخ أثناء تأدية المرضى للاختبارات السيكولوجية، فإن المرضى الذي يعانون الفصام قد أظهروا معدلات امتصاص منخفضة في قشرة الدماغ الأمامية Buchbaum, Kessler, King, et al., 1984 . وقد تم دراسة تمثيل الجلوكوز في القشرة الأمامية أيضا عندما كان المرضى يقومون بالاختبارات النفسية العصبية، للوظيفة الأمامية. ولأن الاختبارات تضع مطالب على قشرة المخ الأمامية، فقد استمر تمثيل أو امتصاص الجلوكوز بشكل طبيعي كما يتم استخدام الطاقة. أما المرضى بالفصام، وخاصة أولئك الذين تظهر عليهم أعراض سلبية واضحة يكون أداؤهم ضعيفا في الاختبارات ويفشلون في إظهار أي نشاط في المنطقة الأمامية Potkin, Alva, Fleming, et al, 2002, Weinberger, Berman & Illowsky 1988 ، وقد ظهر عدم وجود أي نشاط عند استخدام FMRT Barch, Carter, Braver, et al., 2001; MacDonald, Carter, 2003 .
- وختاما يرتبط الفشل في إظهار أي نشاط بحدة الأعراض السلبية O'Donnell & Grce, 1998 ، وذلك يشبه إلى حد كبير العمل في مستوى نشاط منخفض من الدوبامين في قشرة المخ الأمامية وهذا ما ناقشناه.

ورغم انخفاض حجم المحتوى الرمادي في القشرة الجبهية الأمامية وكذلك القشرة المؤقتة، فإن عدد الأعصاب في هذه المنطقة لا يتناقص. أشارت دراسات تفصيلية أخرى أن ما يفقد يمكن تسميته "الشجيرات النهائية dendritic spines" Goldman- Rakic& Selemon,1997; McGlashan & Hoffman, 2000 ، والشجيرات النهائية هي عبارة عن شحنة في العصب يتم استقبالها من أعصاب أخرى في منطقة المشبك - راجع شكل 9-4 . إن فقدان هذه الشجيرات النهائية يعني أن التواصل بين الأعصاب مثل وظيفة المشابك العصبية قد تم قطعه، ويشار إلى ذلك بتعبير " متلازمة انقطاع التواصل disconnection syndrome "، ومن بين نتائج هذا انقطاع نظام التواصل العصبي، حدوث الكلام أو السلوك غير المنتظم عند الإصابة بالفصام. يربط أحد الأبحاث الجارية بين هذه السلوكيات غير الطبيعية للتليفات المتغضنة والجينات ومتغيرات النسخ العددي الجيني CNVs المرتبطة بالفصام، وسوف نناقش ذلك في بداية الجزء الخاص بالعوامل الجينية Penzes, Cahill, Jones, et al., 2011 .

المشكلات في القشرة المؤقتة والمناطق المحيطة:

وجدت أبحاث إضافية أن لدى المصابين بالفصام مظاهر غير طبيعية في بنية ووظيفة القشرة المؤقتة بما في ذلك منطقة التلفيف المؤقت والحصين واللوزة والحزام الداخلي، وعلى سبيل المثال فقد أوضحت الأبحاث انخفاض المادة اللحائية الرمادية في

القشرة المؤقتة وكذلك القشرة الجبهية للمخ Gur, Turetsky, Cowell, et al., 2000 ، وانخفاض حجم العقد العصبية مثل النواة الذنبية caudate nucleus والحصين والهياكل الحوفية Chua & McKenna, 1995; Gur & Pearlson, 1993; Keshavan, Rosenberg, Sweeney, et al., 1988; Lim, Adalsteinssom, Spielman, et al., 1998; Nelson, Saykin, Flashman, et al., Velakoulis, Pantelis, McGorry, et al., 1999; Walker, Mittal, Tessner, et al., 2008 . أشارت إحدى دراسات التوائم إلى انخفاض حجم الحصين لدى التوائم المصابين بالفصام ولكن ذلك الانخفاض لا يظهر لدى التوائم غير المصابين بالفصام van Erp, Saleh, Huttunen, et al., 2004 ، وفي دراسات تحليلية باستخدام التصوير بالرنين المغناطيسي أجريت على أشخاص خلال نوبتهم الأولى من الإصابة بالفصام ظهر انخفاض واضح في حجم الحصين مقارنة بأولئك الذين لا يعانون الفصام Steen, Mull, McClure, et al., 2006 .



شكل 9-4 صورة دقيقة لعصب، وتظهر فيه تدفقات وتفرعات عصبية تتلقى من الأعصاب الأخرى، وتؤدي قلة هذه التفرعات إلى تلف الروابط بين الأعصاب وهذا ما قد يكون عاملا يساعد على الإصابة بالفصام

كذلك فهناك دليل شيق آخر فيما يتعلق بمنطقة الحصين، وهو دليل أظهرته دراسة تحليلية شملت تسع دراسات قامت بتقدير حجم المخ لدى 400 فرد من أقارب الدرجة الأولى لمصابين بالفصام وما يزيد على 600 فرد من أقارب الدرجة الأولى لأشخاص غير مصابين بالفصام Boos, Aleman, Cahn, et al., 2007 . فأظهر أقارب المصابين بالفصام انخفاض حجم الحصين لديهم عما هو عليه لدى أقارب غير المصابين. تشير النتائج إلى أن صغر حجم الحصين لدى الأشخاص المصابين بالفصام يعكس المزج بين عوامل جينية وبيئية.

إن ما يجعل هذه النتائج المتعلقة بالحصين مهمة، هو حقيقة أن المحور الثلامس النخامي الكظري HPA hypothalamic-pituitary-adrenal axis متصل بهذه المنطقة من المخ. يرتبط الضغط العصبي المزمن مع انخفاض حجم الحصين في الإصابة باضطرابات أخرى مثل اضطراب إجهاد ما بعد الإصابة Posttraumatic Stress Disorder، وعلى الرغم من أنه ليس من الضروري أن يعاني المصابون بالفصام ضغطا عصبيا أكثر من غيرهم من غير

المصابين بالفصام، إلا أنهم أكثر استعدادا لتجدد إصابتهم بالإجهاد النفسي. كما أن هناك دليلا آخر يشير إلى تعطل محور HPA عن وظيفته عند الإصابة بالفصام، وعند جمعنا بين تجدد الإصابة بالإجهاد النفسي وتعطل محور HPA فإن ذلك يسهم في تقليل حجم الحصين بصورة ملحوظة لدى المصابين بالفصام Walker, et al.,2008 .

العوامل البيئية المؤثرة على نمو المخ :

هناك العديد من العوامل البيئية التي تمت دراستها بوصفها عوامل محتملة للإصابة بالفصام Brown, 2011, van Os, Kenis & Rutten, 2010 ، ومن بين الأسباب المحتملة الأنماط غير الطبيعية في مخ المصابين بالفصام والذي يصاب بالتلف أثناء الولادة، فهناك العديد من الدراسات التي أشارت إلى مشكلات أثناء عملية ولادة المصابين بالفصام Brown, 2011; Walker et al., 2004 ، وقد تنشأ هذه المشكلات نتيجة لانخفاض توصيل الأكسجين إلى المخ، مما ينتج عنه فقد في المادة اللحائية الرمادية Cannon, van Erp, Rosso, et al., 2002 . إلا أن هذه المشكلات لا تزيد من احتمال الإصابة بالفصام لدى جميع من تحدث لهم هذه المشكلات، غير أنها تشير إلى خطر الإصابة بالفصام عند من تحدث لهم مشكلات عند ولادتهم ولديهم استعداد جيني لذلك Cannon & Mednick, 1993

تشير أبحاث أخرى إلى أن تعرض الأم للعدوى أثناء الحمل يرتبط بزيادة معدل خطر إصابة أبنائها بالفصام عند وصولهم لمرحلة البلوغ Brown & Derkits, 2010 ، فعلى سبيل المثال تشير إحدى الدراسات إلى أن تعرض الأم للعدوى بمقوسة قندية الطفيلية parasite toxoplasma gondii كان مرتبطا بما يصل إلى 2.5 ضعف مخاطر الإصابة بالفصام عند أطفال الأمهات المصابة بالفصام عند وصول هؤلاء الأطفال إلى سن البلوغ A.S. Brown, Schaeffeer, Quesenberry, et al., 2005 وهو طفيل شائع يحمله كثير من الناس دون أن تظهر له آثار مرضية.

إن أكثر الدراسات انتشارا حول عدوى الأم هي التي تناولت الإصابة بالأنفلونزا، وقد اختبرت هذه الدراسات معدلات الإصابة بالفصام لدى البالغين ممن تعرضت أمهاتهم للإصابة بفيروس البرد خلال فترة حملهم Mednick, Huttonnen & Machon, 1994; Mednick, Machon, Huttunen, et al., 1988 ، وفي عام 1957 انتشر وباء أنفلونزا هلسينكي، واتضح أن من أصبن بهذا الفيروس خاصة خلال النصف الثاني من الحمل قد كانت معدلات إصابتهن بالفصام أعلى ممن لم يتعرضن للإصابة في أي فترة من الحمل، وتكررت هذه النتائج فيما لا يقل عن النصف من بين 30 دراسة لاحقة تناولت هذه القضية، وفي دراسة حديثة ظهر دليل على أن الأمهات اللائي يتعرضن للإصابة بالأنفلونزا أثناء

فترة الحمل يتزايد معدل إصابة مواليدهن بالفصام Brown, Begg, Gravenstein, et al., 2004 ، وعلى الرغم من ارتفاع مستوى المخاطر إلا أن الاختلاف عن العينة الضابطة لم يظهر اختلافات إحصائية واضحة مما يعكس انخفاض أثرها.

فإذا ما كانت النتائج التي عرضناها تشير إلى أن ارتباط مخ الأشخاص بمسار الإصابة بالفصام منذ البداية، فلماذا لا تظهر آثاره إلا بعد مرور العديد من السنوات عند البلوغ أو أثناء فترة المراهقة؟ القشرة الجبهية هي هيكل المخ تنضج لاحقا خاصة في مرحلة البلوغ أو بداية المراهقة، وعند حدوث مشكلة في هذه المنطقة حتى أثناء بداية تكوينها قد لا يظهر أثره على سلوك الشخص إلا بعد تطور القشرة الجبهية وبداية قيامها بدور أكبر في السلوك Weinberger, 1987 ، ومن الملاحظ أن نشاط الدوبامين يبدأ أيضا خلال فترة البلوغ، وهذا ما قد يكون عاملا آخر يسهم في ظهور أعراض الفصام Walker et al., 2008 . إن فترة البلوغ هي التي يتزايد فيها الضغط النفسي، وعودة إلى ما عرضناه في الفصل الثاني من أن الضغط النفسي يعمل على تنشيط محور HPA - راجع الفصل الثاني مسببا إفراز الكوليسترول. أشارت الأبحاث التي أجريت خلال السنوات العشر الماضية إلى أن الكوليسترول يزيد من نشاط الدوبامين خاصة في ممر الأيض وربما يكون أيضا هو السبب في زيادة ظهور أعراض الفصام Walker, et al., 2008 .

ومن التفسيرات المقترحة الأخرى التي تفسر ظهور هذه الأعراض خلال فترة المراهقة هو فقدان نقاط التشابك أو المشابك العصبية نتيجة للتشذب المتواصل أو فقد الارتباط بين هذه المشابك، وعملية التشذب هذه هي جزء طبيعي من تطور المخ ويحدث هذا بمعدلات مختلفة في مناطق مختلفة من المخ. إلا أنها تكتمل عند مناطق الاستشعار عند بلوغ عامين ولكنها تستمر في القشرة الجبهية حتى منتصف فترة المراهقة، وفي حالة الإفراط في عملية التشذب هذه فإن ذلك يؤدي إلى فقدان الترابط الضروري بين الأعصاب McGlashan & Hoffman, 2000 .

هناك عامل بيئي آخر تمت دراسته بوصفه عامل مخاطرة للإصابة بالفصام لدى المراهقين وهو تدخين القنب/ الماريجوانا، فقد ظهر بين المصابين بالفصام أن من يستخدمون القنب المخدر يزداد سوء ظهور الأعراض عليهم Foti, Kotov, Guey, et al., 2010 ، ولكن هل يؤدي استخدام القنب إلى الإصابة بالفصام؟ قامت دراسة تحليلية بدراسة العلاقة المستقبلية بين استخدام القنب خلال مرحلة البلوغ والإصابة بالفصام خلال فترة البلوغ أو المراهقة، وقد أشارت إلى أن مخاطر تطور الإصابة بالفصام تتعاظم بين أولئك الذين يستخدمون القنب مقارنة بمن لا يستخدمونه خلال فترة البلوغ Arseneault, Cannon, Poulton, et al., 2002 ، وعلى الرغم من أن هذه الدراسات كانت دراسات مستقبلية إلا أن نتائجها لا تزال مترابطة ويمكنك الرجوع إلى الفصل الرابع لتجد أن هذا

الترابط لا يعني السببية، وهناك دراسات أخرى ترى أن الربط بين استخدام القنب المخدر وخطر الإصابة بالفصام هو أمر ملاحظ لدى من لديهم استعداد جيني للإصابة بالفصام، وعلى سبيل المثال فإن كاسبي Caspi وزملاؤه وجدوا أن التداخل بين الجينات البيئية خلال عمليات أيض خاصة في جين COMT الذي تحدثنا عنه سابقا واستخدام القنب وأن هناك عملية أيض لهذا الجين ترتبط بزيادة معدل الإصابة بالفصام، ولكن لا يمكن ربط أحدهما منفصلا بمخاطر الإصابة بالفصام.

العوامل النفسية :

لا يبدو أن المصابين بالفصام يعانون ضغطا نفسيا خلال حياتهم اليومية أكثر مما قد يصيب الأشخاص غير المصابين بالفصام Phillips, Francey, Edwards, et al., 2007 & Walker et al., 2008 ، ورغم ذلك فإن الأشخاص المصابين بالفصام يبدو عليهم الميل إلى إعادة التفاعل مع المستثيرات الضاغطة أثناء حياتهم اليومية، وفي دراسة أجريت على أشخاص يعانون اضطرابات ذهانية 92 مصابون بالفصام، فإن أقاربهم من الدرجة الأولى تمت مقارنتهم بأقرب أشخاص لا يعانون أي اضطراب ذهاني خلال تقييم لحظي لمدة ستة أيام متتالية وتم تسجيل حالات الضغط النفسي والمزاج، فظهر أن ضغوط الحياة اليومية تشير إلى انخفاض كبير في المزاج الايجابي في مجموعتي المصابين بالفصام وأقاربهم مقارنة بالمجموعة الضابطة. كذلك فإن الضغط النفسي أشار إلى زيادة في المزاج السلبي لدى المصابين بالفصام مقارنة بأقاربهم وكذلك العينة الضابطة Myi-Germeys, van Os, Schwartz, et al., 2001 ، ومن هنا فإن المصابين بالفصام كانوا أكثر تجاوبا تجاه الضغوط اليومية. كذلك أوضحت الأبحاث أن الكثير من الاضطرابات التي تناولناها في هذا الكتاب تتزايد كلما تزايدت ضغوط الحياة وتزيد من احتمال حدوث الانتكاسة Ventura, Neuchterlien, Lukoff, et al., 1989; Walker et al., 2008 .

الحالة الاجتماعية الاقتصادية والمعيشية الحضرية:

علمنا منذ عدة أعوام أن المعدلات العالية من الفصام والتي يتم اكتشافها في المناطق الحضرية وتظهر عند أناس يعانون انخفاض حالتهم هم الأقل في الحالة الاجتماعية الاقتصادية في عديد من الدول بما في ذلك الولايات المتحدة الأمريكية والدنمرك والنرويج والمملكة المتحدة Hollingshead & Redlich, 1958 . إن العلاقة بين الحالة الاجتماعية الاقتصادية وبين الفصام ليست علاقة عكسية، بمعنى أنه كلما ارتفعت الحالة الاجتماعية الاقتصادية انخفض الفصام، ولكن هناك ارتفاعا حادا في انتشار الفصام في الأشخاص الذين يعتبرون أقل الناس في الحالة الاجتماعية الاقتصادية.

إن الارتباط بين الحالـة الاجتماعيـة والاقتصـادية وبـين الفصـام ثابـت، ولكـن مـن الصـعب تفسيرها بالكلمات أو المصطلحات السببية، ويعتقد بعض الناس أن عوامل الضـغط التـي تشـترك مع الحالة الاجتماعية الاقتصادية يمكنها أن تسبب أو تسهم في إحـداث حالـة الفصـام وهـي مـا نطلق عليه الفرضية الاجتماعيـة الوراثيـة، فالمعاملـة المتدنيـة مـن الآخـرين ذوي الحالـة الأعـلى والمرتفعة، بالإضـافة إلى المسـتويات المنخفضـة مـن التعلـيم، والحاجـة إلى محفـزات أو مكافـآت ونقص الفرص، من الممكن أن يؤدي كل ذلك إلى إيجاد حالة اقتصادية اجتماعية متدنيـة وتكـون مثيرة للضغط بشكل كبير لدرجة أن الأفراد الذين لديهم نزعة إلى الإصابة بالفصام يكـون لـديهم الاستعداد للإصابة بالاضطراب. على النقيض فإن هذه العوامل المثيرة للضغط يمكن أن يكـون لهـا آثار بيولوجية عصبية؛ على سبيل المثال يعتبر الأطفال الذين ولـدوا مـن أمهـات كانـت تغـذيتهم أثناء فترة الحمل سـيئة، معرضـين لخطـر الإصـابة بالفصـام Susser, Neugebauer, Hoek, et . al.,1996

أو قد تكون هذه هي الحالة التي يكون عليها الأمر عند تطور الحالة المرضية، فالمصابون بالفصام غالبا ما تكون علاقتهم بجيرانهم ضعيفة نظرا لتأثير مرضهم على قـدرتهم عـلى كسـب معيشتهم مما يعوقهم عن العيش في مكان آخر، وهذا ما يسمى بفرضية الاختيار الاجتماعي.

وفي دراسة أحدث تم إجراؤها في إسرائيل بتقييم النظريتين وذلك مـن خـلال دراسـة كـل من الحالة الاجتماعية الاقتصادية والخلفية العرقيـة Dohrenwend, Levav, Schwartz, et al., 1992 . وقد تم دراسة معدلات الفصـام في إسرائيـل في اليهـود الإسرائيليـين ذوي الخلفيـة العرقية الأوروبية أو ذوي الأساس العرقي الأوربي، وتم دراسة الفصام أيضا في المهاجرين الجدد إلى إسرائيل والقادمين من شمال إفريقيا والشرق الأوسـط. وقـد تعرضـت المجموعـة الأخـيرة - القادمين من إفريقيا والشرق الأوسط - لظلم عرقي واضح وتفرقة في إسرائيل. ومن المفترض أن تتنبأ النظرية الاجتماعية الوراثية أن ذلك بسبب أنهم قد تعرضوا لمستويات عالية من الضـغط بغض النظر عن حالتهم الاقتصادية الاجتماعية، فإن أعضـاء المجموعـة العرقيـة غـير المحبوبـة ينبغي أن يكون لديهم بالتأكيد معدلات أعلى من الفصام بغض النظر عـن الحالـة. وعـلى كـل فإن هذا النموذج لم يبرز، مما يدعم نظرية الاختيار الاجتماعي.

العوامل المرتبطة بالأسرة:

قام واضعو النظريات الأوائل بدراسـة العلاقـات العائليـة، وخاصـة تلـك التـي تـربط بـين الأم وابنهـا باعتبارهـا عـاملا ضـمنيا في تطـوير وحـدوث الإصـابة بالفصـام، ففـي وقـت مـن الأوقـات كـان هنـاك رأي سـائد يقـول بـأن مصـطلح "الأم المصـابة بالفصـام" schizophrenogenic mother هو تعبير يشير من الناحية الافتراضية، إلى برودة العلاقـة

بين الوالدين وأن النزاع بينهما هو ما قد يؤدي إصابة الأبناء بالفصام Fromm-Reichmann, 1948 . وتتسم هؤلاء الأمهات بأنهن رافضات، ويوفرن حماية عالية ويقدمن تضحيات ذاتية، وحساسات تجاه مشاعر الآخرين، صارمات وأخلاقيات أو متمسكات بالأخلاق تجاه موضوع الجنس. ويشعرن بالرعب تجاه العلاقة الجنسية غير المشروعة. ولم تؤيد الدراسات الضابطة والتي تقوم بتقييم نظرية الأم المصابة بالفصام هذه النظرية. فالفساد الذي يحدث للعائلات بسبب هذه النظرية يعتبر خطيرا، وعلى مدى أجيال متعاقبة، كان الوالدان يلومون أنفسهم بسبب مرض طفلهم، وحتى السبعينيات، انضم الأطباء النفسيون إلى لعبة اللوم هذه.

كيف تؤثر العائلات على الفصام؟

استمرت دراسات أخرى في الكشف عن احتمال أن يكون للعائلة دور في الإصابة بالفصام، وهي في غالبيتها ليست سوى نتائج افتراضية لا نتائج قاطعة ونهائية، فعلى سبيل المثال وجدت بعض الدراسات القليلة عن أسر الأفراد الذين يصابون بالفصام، أن هذه الأسر ترتبط بشكل أكثر غموضا مع بعضها البعض، وبها مستويات أعلى من الصراع أكبر من الأسر التي ينتمي إليها الأفراد غير المصابين بالفصام، ومما يبدو معقولا أن هذا الصراع، بالرغم من ذلك، والاتصال غير الواضح يعتبران رد فعل على وجود عضو صغير في الأسرة مصاب بالفصام.

هناك دليل إضافي على أن العائلة أو الأسرة لها دور، هذا الدليل أظهرته دراسة التبني الفنلندية التي تم شرحها من قبل Tienari et al, 2000 ، وتم دراسة جوانب متعددة من حياة الأسرة في الأسر التي تقوم بالتبني، تم دراستها بشكل مفصل ومن ثم تم ربطها بتربية وتهذيب الأطفال Tienari, Wynne, Moring, et al., 1994 . وقد صنفت الأسر إلى فئات وتصنيفها إلى مستويات من سواء التوافق، وهذه الأسر التي تم تصنيفها تم الاعتماد عند تقسيمها على المادة المأخوذة من المقابلات الطبية والاختبارات السيكولوجية، وهناك أمراض نفسية خطيرة تم اكتشافها عند الأطفال الذين تم تبنيهم، تنشأ في البيئة الأسرية المزعجة. بالإضافة إلى ذلك فمن بين الأطفال الذين تربوا في بيئة أسرية مزعجة، أظهر أولئك الذين يعاني آباؤهم الفصام وجود أمراض نفسية أكثر من أولئك المشاركين المنضبطين. وبالرغم من أن هناك محاولات لتأكيد أن كلا من النزعة الوراثية والبيئة الأسرية السيئة لهما دور بل يعتبران من العوامل الضرورية لزيادة خطر الإصابة بالأمراض النفسية، إلا أن المشكلة التي تظل قائمة في التفسير هي: يمكن أن تكون البيئة الأسرية السيئة أو المزعجة، رد فعل على أو تجاه الطفل المزعج. ولا يمكننا أن نجزم بذلك - بشكل قاطع - بأن دور الأسرة في أسباب المرض قد أصبح واضحا وثابتا.

الأسرة والانتكاسة:

تشير الدراسات التي تم إجراؤها في لندن إلى أن الأسرة يمكن أن يكون لها أثر على تهذيب المرضى بعد مغادرتهم للمستشفى، ففي إحدى الدراسات قام الباحثون بإجراء دراسة على مدى تسعة شهور متواصلة، على عينة من المرضى بالفصام الذين عادوا إلى الحياة مع أسرهم بعد أن تم إخراجهم من المستشفى Brown, Bone, Dalison, et al., 1966 . وأجريت المقابلات مع الآباء والأزواج قبل الخروج، وقد تم تحديد هذه المقابلات بعدد من التعليقات النقدية التي تدور حول المريض وأيضا بعض التعبيرات التي تنم عن التوجه العدائي أو الاشتراك المبالغ فيه مع المريض. وفيما يلي مثال لأحد التعليقات النقدية التي أدلى أحد الآباء الذي يبدي ملاحظاته على سلوك ابنته، وفي هذا التعليق يعبر هذا الأب عن فكرة مؤداها أن ابنته تتعمد بوضوح عدم القيام بالواجب المنزلي: " إن رأيي يتلخص في أن ماريا تتصرف بهذه الطريقة لكي لا تقوم زوجتي بإسناد أية مسئوليات منزلية إليها. مقتبس من: Weisman, Neuchterlein, Goldstein, et al., 1998 ، ووفقا لهذا الاختلاف، الذي يطلق عليه التعبير العاطفي Expressed Emotion تم تقسيم العائلات أو الأسر إلى مجموعتين: الأسر التي تعطي قدرا كبيرا للتعبير العاطفي أسرة مترفعة في نسبة العواطف المعبر عنها، وأسر لا تظهر أو تظهر القليل من العاطفة المعبرة أسر ذات مستوى منخفض من العواطف المعبرة عنها، وفي نهاية فترة المتابعة، كان هناك 10٪ فقط من المرضى الذين عادوا إلى الأسر ذات المستوى المنخفض من التعبير العاطفي، حدثت لهم انتكاسة، بينما هناك 58٪ من المرضى العائدين من المستشفى إلى أسر عالية من حيث وجود التعبير العاطفي عادوا مرة أخرى إلى المستشفى.

يشير هذا البحث المنقح راجع للمزيد من الدراسات التحليلية Butzlaff & Hooley, 1998 إلى أن البيئة التي يخرج المرضى إليها ترتبط ارتباطا كبيرا وتؤثر بوضوح على السبب في عودتهم إلى المستشفى بمجرد خروجهم منها. وقد وجد الباحثون أيضا أن الأعراض السلبية للفصام من المرجح بدرجة أكبر أن تثير التعليقات النقدية. وكما هى الحال في المثال المذكور في الفقرة السابقة، وأن الأقارب الذين يصدرون معظم التعليقات النقدية يعتبرون الأكثر ميلا لاعتبار المرضى أو النظر إليهم على أنهم قادرون على التحكم في عواطفهم Lopez, Nelson, Snyder, et al., 1999; Weisman et al., 1998 .

هناك بعض الفوارق الثقافية المهمة في التعبير العاطفي، فقد وجد لوبيز Lopez وزملاؤه 2009 أن من يقدمون الرعاية من الأنجلو أمريكيين يكون التعبير عن المشاعر لديهم مرتفعا بصورة تفوق الأمريكيين المكسيكيين المهاجرين حديثا، وتنطبق صحة هذا على كل النواحي المتعلقة بالمشاعر المعبر عنها مثل: التعليقات المحرجة، والعدائية، والبيئة العاطفية. إن ما يقرب من ثلثي مقدمي الرعاية الأنجلو أمريكيين الذين تم تصنيفهم

ضمن درجات عالية من التعبير عن المشاعر كان بسبب تعبيرهم عن مشاعر عدائية وتعليقات محرجة، و8٪ فقط هم الذين تم تصنيفهم ضمن درجات التعبير الشعوري العالية نتيجة اعتمادهم على البيئة العاطفية. على النقيض من هذا، فإن مقدمي الرعاية من الأمريكيين المكسيكيين كانت نسبهم العالية مقسومة مناصفة بين أولئك الذين ترتفع مستويات عدائيتهم وتعليقاتهم المحرجة، وأولئك الذين ترتفع مستويات المشاعر المعبر عنها نتيجة للبيئة الشعورية. إن لهذه النتائج تطبيقات مهمة فيما يتعلق بتقديم وتطور التداخلات مع العائلات التي تعاني الفصام وهو ما سنعرض له بعد قليل ضمن هذا الفصل، وقد وجدت دراسة أخرى أن البيئة العاطفية قد أسهمت على وجه الخصوص في التنبؤ بالانتكاسات لدى الأمريكيين المكسيكيين الذين يتناغمون مع ثقافة وطريقة الحياة في الولايات المتحدة الأمريكية Aguilera, Lopez, Breitborde, et al, 2010 .



المشاعر المعبر عنها قد تتضمن العدائية أو التعليقات المحرجة أو الارتباط العاطفي المفرط والتى قد تكون سببا في حدوث الانتكاسة في حالة الإصابة بالفصام

غير الواضح هو كيف نفسر أثر العواطف المعبر عنها، وهل هي عارضة، أم أنها تعكس رد فعل على سلوك المرضى؟ على سبيل المثال، إذا كانت حالة المريض بالفصام قد بدأت في التدهور، فإن اهتمام الأسرة ومشاركتها قد يزداد. في الحقيقة، فإن السلوك غير المنتظم أو الخطير من جانب المريض يبدو أنه يعتبر مبرر الانضباط المحدود والجهود أو المحاولات الأسرية الأخرى التي قد تزيد من مستوى العواطف المعبر عنها. وتشير الأبحاث إلى أن كلا من التفسيرين لعملية العواطف المعبر عنها قد يكون صحيحا. فالمرضى الذين خرجوا من المستشفى حديثا، والمصابين بالفصام، وأسرهم ذات المستوى العالى من العواطف المعبر عنها، لوحظ أنهم يشتركون في مناقشة المشاكل الأسرية. وقد ظهرت نتيجتان مبدئيتان وهما:

- أن تعبير المرضى عن الأفكار غير المعتادة إذا عضك الطفل، فسوف تصاب بداء الكلب قد أثار العديد من التعليقات اللاذعة من جانب أعضاء الأسرة الذين كانوا يتميزون في السابق بأنهم مرتفعو المستوى في التعبير العاطفي، أكبر من التعليقات

اللاذعة الصادرة عن أفراد الأسرة الذين يتميزون بالمستوى المنخفض من التعبير عن المشاعر.



أجرت إلين والكر Elaine Walker العديد من الدراسات حول تطور الفصام

- وفي الأسر التي تتميز بالمستوى العالي من التعبير عن المشاعر، فإن التعليقات اللاذعة التي يصدرها أفراد الأسرة قد أدت إلى زيادة التعبير عن الأفكار الغريبة من جانب المرضى.

لذلك فإن هذه الدراسة قد وجدت أي علاقة توجيهية في الأسر ذات المستوى المرتفع من العاطفة المعبر عنها: أن التعليقات اللاذعة الصادرة من أفراد الأسرة قد أثارت المزيد من الأفكار الغريبة من جانب المرضى، وقد أدى التعبير عن الأفكار الغريبة من جانب المرضي إلى زيادة التعليقات اللاذعة.

إذا كيف يؤدي الضغط العصبي- مثل المستوى المرتفع من العواطف المعبر عنها- إلى زيادة أعراض الفصام، وإلى حدوث انتكاسات؟! وترتبط إحدى الإجابات على هذا السؤال بآثار الضغط العصبي على الفقرة البصرية المجاورة للكلي HPA Hypothalomic Pituitary-adrenal HPA axis، وتربط هذه الإجابة بين ذلك وبين نظرية الدوبامين. Walker et al., 2008 فالضغط ينشط فقرة العنق الثانية أو ينشط منطقة HPA مما يتسبب في إفراز الكورتيزول Cortisol الذي يزيد من نشاط الدوبامين Walker et al., 2008 ، وبالإضافة إلى ذلك، فإن رفع نشاط الدوبامين قد يعمل على تنشيط -HPA والذي قد يجعل الشخص أكثر حساسية بدرجة مفرطة تجاه الضغط. ولذلك فإن النظرية تفترض أن هناك علاقة توجيهية بين تنشيط -HPA وبين نشاط الدوبامين.

العوامل التطورية :

كيف يبدو المرضى بالفصام قبل أن تظهر عليهم الأعراض؟ تم التعرض لتناول هذا التساؤل باستخدام الدراسات الاسترجاعية retrospective studies، والدراسات المستقبلية prospective studies، وغالبا ما تشير الدراسات الاسترجاعية إلى عملية " متابعة للماضي" وذلك لأنها تبدأ من عند نقطة بداية تكون فيها المجموعة المبحوثة من البالغين المصابين بالفصام، فيقوم الباحثون بالبحث عن خلفياتهم أثناء فترة الطفولة وذلك حتى يمكنهم تحليل التسجيلات والاختبارات التي تمت أثناء فترة الطفولة.

الدراسات الاسترجاعية:

اكتشف الباحثون في فترة الستينيات من القرن العشرين، أن الأطفال الذين أصيبوا بالفصام بشكل متأخر، كان لديهم مستوى أقل في نسبة الذكاء IQ وكانوا أكثر تقصيرا وانسحابا مما فعله أفراد المجموعات الضابطة المتعددة، وعادة ما يتم مقارنة الأخوة بنظرائهم من الجيران Albee, Lane, Reuter, 1964; Berry, 1967; Lane & Albee, 1965 ، وقد وجدت دراسات أخرى أن الأولاد الذين أصيبوا بالفصام بشكل متأخر، كان تقييم مدرسيهم لهم، أنه غير محبوبين، بينما كانت البنات المصابات بالفصام بشكل متأخر، تم وصفهن بأنهن سلبيات Watt, 1974; Watt, Stolorow, Lubensky, et al., 1970 .

وحديثا قام باحثون بدراسة الخلل العاطفي والمعرفي قبل ظهور أعراض الفصام، وفي إحدى الدراسات الرصينة قامت إلين والكر Elaine Walker وزملاؤها بتحليل أفلام المنزل التي يشاهدها الأطفال الذين تظهر عليهم علامات الفصام لاحقا، فالأفلام تشكل جزءا من الحياة الأسرية الطبيعية وتم وضعها قبل الإصابة بالفصام Walker, Davis & Savoie, 1994; Walker, Grimes, Davis et al.,1993 ومقارنتهم بإخوتهم الذين لم يصابوا بالفصام لاحقا، وقد أظهر الأطفال المصابون بالفصام من قبل، مهارات حركية أقل نشاطا، وزيادة في التعبيرات عن العواطف السلبية، وهناك دراسات أخرى درست التقييمات السابقة لمرحلة الطفولة والارتباط بين المعرفة والوظائف الذهنية لدى البالغين المصابين بالفصام، وقد توصلت هذه الدراسات إلى أن البالغين المصابين بالفصام يكون مستوى ذكائهم ومستوى تقييماتهم المعرفية الأخرى منخفضا خلال فترة طفولتهم مقارنة بالبالغين غير المصابين بالفصام Davis, Malmberg, Brandt, et al.,1997; Woodbury, Giuliano & Seidman, 2008 .

وبقدر ما تبدو هذه النتائج خادعة، إلا أن القيد الوحيد على هذا البحث التطوري هو أن المعلومات التي تم الحصول عليها بشكل أصلي كانت لغرض التنبؤ بنشوء الفصام، وتطورها من خلال سلوك الطفولة. كذلك فإنها تبدأ عند عينة من البالغين الذين يعانون الفصام، ويتم دراسة سجلاتهم والبيانات السابقة الخاصة بهم والتي تم جمعها أثناء مرحلة طفولتهم لبيان إذا ما كانت هناك خصائص مميزة ظهرت عليهم عندما كانوا أطفالا صغارا.

الدراسات المستقبلية:

أشارت دراسة مستقبلية أكثر حداثة إلى أن سمات الطفولة ترتبط بتطور ظهور الفصام في بدايات مرحلة البلوغ Reichenberg, Aushalom, Harrington, et al.,2010 ، وفي هذه الدراسة تم تقييم مجموعة كبيرة من المبحوثين في مدينة دوندين في نيوزلندا لعدة مرات خلال المرحلة العمرية ما بين 7-32 عاما، وتم قياس نسبة الذكاء عند أعمار 7، 9، 11، 13 وتم إجراء التقييمات التشخيصية عند عمر 21، 26، 32 عاما، وقد وجد

الباحثون أن انخفاض نسبة الذكاء في مرحلة الطفولة يشير إلى احتمالية التعرض للإصابة بالفصام للمزيد عن ارتباط الفصام بانخفاض مستوى الذكاء - راجع الفصل 3 ، فالأطفال الذين ظهرت عليهم أعراض الفصام لاحقا كان لديهم ضعف في نسبة الذكاء اللفظي مقارنة بغيرهم من الأطفال الذين لم يصابوا بالفصام. كذلك فقد ظهر أن البالغين المصابين بالفصام قد ظهرت عليهم علامات الضعف المعرفي منذ أن كانوا في السابعة من العمر، وأن ذلك قد بقي ثابتا حتى عند دخولهم لمرحلة البلوغ.

إن هذه النتائج تدعم الفكرة القائلة بأن هناك أمرا متعلقا بتطور الانفصام وظهوره لاحقا في نهاية فترة البلوغ وبداية فترة المراهقة، إلا أنه لا تزال هناك حاجة إلى مزيد من الدراسات التاريخية التطويرية حتى يمكن تقديم دليل فيما يتعلق بالإصابة بالفصام.

ومن بين الصعوبات التي واجهتها دراسات المخاطر الأسرية العالية التي ناقشناها سابقا هو العدد الكبير المطلوب لأفراد العينة، وكما هو موضح في جدول 9-3 فإن نسبة الأبناء الذين يعاني والداهم الأصليون الفصام وتظهر عليهم علامات الإصابة بالفصام لاحقا نتيجة لذلك كانت نسبتهم 10 بالمئة، فإذا ما بدأت دراسة بعدد من الأطفال المعرضين لمخاطر عالية وكان عددهم 200 طفل، فإن 20 طفلا فقط هم من يصابون بالفصام. علاوة على ذلك فإنه ليس من السهل توافر عينة كبيرة كهذه من الرجال والنساء المصابين بالفصام ويكون لديهم أبناء.

ونتيجة لهذه الصعوبة فقد تم استخدام دراسة سريرية لقياس ارتفاع المخاطرة في البحث الحالي، وقد تم تصميم دراسة سريرية لقياس ارتفاع المخاطر لتحديد الأشخاص الذين تظهر عليهم علامات مبكرة للإصابة بالفصام وتناول معظمها ما يتعلق بالهلاوس والضلالات وعدم الانتظام والتي لا يكون لها سبب تجريبي - راجع أهم الاكتشافات 9-2 ، ومن بينها دراسة تم إجراؤها في استراليا في الأعوام السابقة، وهي تقوم بتتبع الأشخاص الذين تتراوح أعمارهم من 14: 30 عاماً، والذي كانوا قد تم إحالتهم إلى مستشفى الأمراض العقلية، أو عيادة الأمراض العقلية في منتصف التسعينيات. ولم يكن أحد من المشاركين يعاني الفصام عند بدء إجراء الدراسة عليه، ولكن العديد منهم أظهر درجات متفاوتة من أعراض الفصام فيما بعد، وكان البعض لديه أقارب يعانون اضطرابات ذهانية. ومنذ أن بدأت الدراسة، بدأ 41 شخصا من بين 104 مشاركين بدأوا يظهرون بعض الأنواع من الاضطراب الذهاني. وقد وجدت دراسة MRI على 75 من إجمالي 104 مشاركين أن هؤلاء الأشخاص الذين أظهروا فيما بعد اضطرابا ذهانيا، لديهم أحجام أقل في مادة الدماغ السنجابية Gray-Matter، أقل حجما من الموجودة لدى أولئك الذين لم يظهروا اضطرابا ذهانيا Panatelas, Velakoulis, McGorry, et al, 2003; Pantelis et al., 2003 ، وهذا يذكرنا بأن الحجم الصغير للمادة الدماغية السنجابية

Gray-matter قد وجد أيضا في مرضى الفصام، وتفيد هـذه الدراسـة بـأن هـذه الخاصـية قـد تكون سابقة للفصام والاضطرابات الذهانية الأخرى.

وهناك دراسـة مطولـة مشـابهة حـول أعـراض المـرض في أمريكـا الشـمالية NAPLS تـم إجراؤها في ثمانية مراكـز في الولايـات المتحـدة وكنـدا، وقـد تـم تحديـد المشـاركين بـأنهم ذوو مخاطر سريرية عالية وذلك اعتمادا على مقابلة هيكلية لتحديـد أعـراض المـرض ومتلازماتـه - راجع أيضاً أهم الاكتشافات 9-2 ، وفي هذه الدراسة ظهر أن 82 من إجمالي المشـاركين البـالغ عددهم 291 والمحددة حالتهم بأنها عالية المخاطرة CHR وكان لدى أسرهم تاريخ مرضي مـع الفصام لديهم مخاطر أسرية عالية، ومخاطر إصابة ناتجة عن الأسرة FHR قد ظهـرت علـيهم أعراض الفصام أو بعض من أنماط الاضطراب النفسي Cannon, Candenhead, Cornbatt, et al., 2008 ، وقد حدد الباحثون عددا من العوامل التـي يمكـن مـن خلالهـا التنبـؤ بحـدوث الاضـطراب الـنفسي بمـا في ذلـك الارتبـاط البيولـوجي بحـدوث الفصـام، والانخفـاض في الأداء الوظيفي، وارتفاع مستويات الأعراض الإيجابية وارتفاع مستوى الخلل الاجتماعي.

نبذة سريعة :

بالرغم من تعقيدها، فإن عددا من العوامل المسببة مـن المـرجح أنهـا تسـهم في الإصـابة بالفصام، فالدليل الوراثي كان قويا، ومع وجود المزيد من الأدلة مـن دراسـات الأسرة، والتـوائم، والتبني، وقد أبانت الدراسات المتعلقة بارتفاع المخاطر الأسرية أن الأطفال ممن ولدوا لوالدين ممن يعانون الفصام يكونون أكثر عرضة للإصابة بالفصام من أولئك الـذين لم يصـب والـداهم باضطرابات بما في ذلك الفصام . تتناول دراسات الوراثـة الجزئيـة دراسـات الارتبـاط والارتبـاط الجينومي الموسع GWAS ، وهناك جينـات واعـدة في دراسـات الارتبـاط منهـا DTNBPL, NGRI, and COMT ولكن هذه الدراسات تحتاج إلى تكرار أيضـا، فكـما أشـارت الدراسـات الجينومية الموسعة فـإن هنـاك عـددا مـن المتغـيرات CNVs تـرتبط بالميـل الـوراثي للإصـابة بالفصام.

تلعب الناقلات العصبية دورا هي الأخرى في الفصام، ولعدة أعوام، كان الدوبامين هـو بؤرة الاهتمام بالنسبة لمجال الدراسة ولكن فيما بعد أظهرت النتائج أو قـادت البـاحثين إلى التوصل إلى أن هذا الناقل العصـبي الوحيـد لا يمكـن أن يكـون هـو المسـئول عـن الفصـام بشـكل كامـل. وكانـت هنـاك نـاقلات عصـبية أخـرى محـل اهـتمام الدراسـة أيضـا، مثـل السيروتونين - Serotonin، والجابا -GABA، والجلوتيمات Glutmate. وقد دلـت العديـد من المناطق المختلفة في المخ على وجود الفصام، ومن النتائج المتكررة على نطاق واسـع مـا يتعلق بتوسع التجاويف الدماغية، وهناك أبحاث أخرى دعمت الدور الذي تقوم بـه قشرة

الدماغ الأمامية. وبصفة خاصة انخفاض النشاط في هذه المنقطة عند الإصابة الفصام، وقد تم توثيق وجود خلل وظيفي في القشرة الدماغية المؤقتة.

إن العوامل البيئية كالتعقيدات المرتبطة بالولادة والعدوى الأبوية قد يكون لها أثر في تطور المخ وزيادة خطر الإصابة بالفصام، كما أن القنب المخدر المنتشر تعاطيه بين المراهقين أظهر ارتباطا بمخاطرة أكبر فيما يتعلق بالإصابة بالفصام، خاصة لدى أولئك الذين لديهم ميل جيني للإصابة بالاضطراب.

كما أن الأبحاث تناولت دور الحالة الاقتصادية الاجتماعية في الإصابة بالفصام. وبشكل عام فإن هذا العمل يؤكد نظرية الاختيار الاجتماعي أكثر من النظرية الاجتماعية الوراثية، وهناك نظريات قديمة ألقت باللائمة على الأسرة، وخصوصا الأمهات في التسبب في الفصام، والتواصل في الأسر هو أمر مهم ويمكنه أن يؤسس للإصابة بالضغط وفق النظرية الخاصة بالاستعداد للضغط والإصابة بالفصام، أما العاطفة المعبرة فقد وجد أنها أيضا تساعد على التنبؤ بحدوث انتكاسة في الفصام وأن هناك اختلافات ثقافية مهمة ترتبط بالمشاعر المعبر عنها.

هناك دراسات استرجاعية عادت إلى دراسة الطفولة وسجلات البالغين المصابين بالفصام فتبين انخفاض مستوى الذكاء لديهم، وأنهم كانوا منعزلين ومهملين عندما كانوا أطفالاً. ووجدت دراسات أخرى أن البالغين الذين أصيبوا فيما بعد بالفصام قد عبروا عن الكثير من العواطف السلبية وكانت مهاراتهم الحركية ضعيفة. أوضحت دراسة مستقبلية أن انخفاض مستوى الذكاء خلال مرحلة الطفولة ينبئ بظهور أعراض الفصام لاحقا، وأن الخلل في مستوى الذكاء يظل مستمرا خلال مرحلة الطفولة، أما الدراسات السريرية لقياس ارتفاع المخاطر فقد حددت الأشخاص الذين تظهر عليهم علامات مبكرة للإصابة بالفصام.

علاج الفصام:

غالبا ما تتضمن طرق علاج الفصام المزج بين العلاج قصير الأجل من خلال البقاء في المصحات خلال المرحلة الأولية من المرض، والعلاج الدوائي، والعلاج النفسي. إن المشكلة التي تواجه أي نوع من أنواع علاج الفصام هي أن بعض المرضى يفتقرون إلى فهم حالتهم السيئة ويرفضون أي معالجة على الإطلاق Amador, Flaum, Andeasen, et al., 1994 ، وتشير النتائج التي تضمنتها إحدى الدراسات إلى أن النوع الإناث والعمر الأكبر سنا هي مؤشرات تفيد في تكوين تصور أدق عن المرضى خلال المرحلة الأولى من المرض McEvoy, Johnson, Perkins, et al., 2006 ، ولعل هذا هو السبب في ميل الإناث لتقبل العلاج أكثر من الذكور Salem &, Kring, 1998 . أما أولئك الذين لا يتمتعون ببصيرة فلا يرون حاجة إلى مساعدة احترافية وخصوصا إذا كان ذلك يتضمن

دخولهم المستشفى أو تناول العقاقير، وقد يكون ذلك صحيحا بصفة خاصة مع الفصام العظمة، الذين يعتبرون العلاج هجوما من قوى خارجية معادية. وبالتالي فإن أفراد الأسرة يواجهون تحديا كبيرا يتمثل في إخضاع أقاربهم وإقناعهم بالعلاج. وهو ما يجعلهم يلجأون في بعض الأحيان إلى إدخالهم قسرا إلى المستشفى عن طريق الشرطة المدنية.

العلاج بالأدوية:

قبل حقبة الخمسينات من القرن العشرين كان هناك القليل من طرق العلاج المتاحة للمصابين بالفصام، وشاعت الإشارة إلى عديد من الأدوية مجتمعة باسم العقاقير المضادة للذهان Antipsychotic drugs، وأطلق عليها أيضا Neuroleptics، وذلك لأنها تؤدي إلى أعراض جانبية مشابهة لأعراض المرض العصبي، ولأول مرة لا يحتاج مرضى الفصام إلى البقاء في المستشفيات لفترات طويلة بل أصبح بإمكانهم العودة إلى منازلهم ومعهم وصفات العلاج. راجع أهم الاكتشافات 9-3 للاطلاع على تاريخ مختصر، ولكن الخروج من المستشفيات قد لا يتناسب مع احتياجات الكثير من الأشخاص الذين يعانون الاضطراب، فبعض الناس يحتاجون لتلقي العلاج في المستشفيات ولو لفترة قصيرة، وللأسف فقد بات من الصعب تلقي مثل هذا النوع من العلاج نظرا لارتفاع التكلفة وقلة عدد الأَسرة في المستشفيات التي لا تكفي المصابين بالفصام وغيره من الاضطرابات العقلية الحادة. إلا أن العلاج بالأدوية قد مكن المصابين بالفصام من استكمال حياتهم خارج المستشفيات، وكما سنرى فإن للعلاج بالأدوية مشكلاته الخاصة.

أهم الاكتشافات 9-3

خطوات على طريق الشفاء: تطور العلاجات الدوائية بمضادات الذهان

تعد مضادات الذهان من أكثر العقاقير المستخدمة مثل فينوتيازين phenothiazine الذي أنتجه لأول مرة كيميائي ألماني في نهاية القرن التاسع عشر ولكن لم يتم استخدامها حتى اكتشاف مضادات الهستامين التي من بينها فينوتيازين phenothiazine في الأربعينيات من القرن العشرين وعندئذ تم الانتباه إلى فينوتيازين phenothiazine.

وذلك فضلا عن استخدامها في علاج البرد والربو، وكان الجراح الفرنسي هنري لابوريت Henri Laborit هو الرائد في استخدام مضادات الهستامين، وقد لاحظ أنها تجعل مرضاه في حالة من الخدر والنعاس ويقل لديهم الخوف من إجراء العمليات الجراحية. شجعت أعمال لابوريت شركات الأدوية على القيام بإعادة اختبار مضادات الهيستامين في ضوء آثارها المهدئة. بعد ذلك بفترة قصيرة قام الكيميائي الفرنسي باول شاربنتييه Paul Chrpentier بتحضير مشتق جديد من الفينوتيازين phenothiazine وأطلق عليه كلوروبرومازين Chlorpromazine. تتحقق الخصائص العلاجية للفينوتيازين

phenothiazine من خلال قيامها بإغلاق مستقبلات الدوبامين في المخ، وهذا يقلل من تأثير الدوبامين على الأفكار والمشاعر والسلوك.

أما الكلوروبرومازين Chlorpromazine فإن اسمه التجاري ثورازين Thorazine وكان أول استخدام دوائي له في الولايات المتحدة الأمريكية عام 1954، وسريعا ما أصبح علاجا مفضلا للفصام، وقبل عام 1970 كان ما يزيد على 85 بالمائة من المرضى الذين يعالجون في المصحات العقلية الحكومية يتلقون أدوية الكلوروبرومازين Chlorpromazine أو الفينوتيازين phenothiazine.

الجيل الأول: العقاقير المضادة للذهان، وآثارها الجانبية:

أدى اكتشاف مضاد الذهان الفينوثيازين Phenohtiazine بما في ذلك عقار الثورازين Thorazine إلى إحداث تغيير في علاج الفصام، فبعد عشرين عاما من اكتشافها فإن هذه العقاقير لا تزال هي الشكل الأساسي للمعالجة من الفصام، ومن بين الأشكال الأخرى لمضادات الذهان والتي تستخدم في علاج الفصام مجموعة البوتيروفينونات Butyrophenones على سبيل المثال: Haloperidol، واسمه التجاري Haldol، وأيضا مشتقات الثيوزانثينات hioxonthenes ومنها على سبيل المثال Thiothixene واسمه التجاري Navan . ويبدو كلا النوعين فعالا بشكل عام مثل Phenothiazine، ويعمل بطرق مشابهة، ويمكن لهذه الأصناف من الأدوية أن تقلل الأعراض الإيجابية وأعراض عدم الانتظام، ولكن تأثيرها يكاد أن يكون قليلا أو منعدما فيما يتعلق بالأعراض السلبية، وربما يكون السبب في ذلك آلية عملها التي تؤدي إلى غلق مستقبلات الدوبامين D2، وعودة إلى ما تناولناه في حديثنا من أن نظرية الدوبامين تسهم في فهمنا للأعراض الإيجابية لا الأعراض السلبية، ويشار إلى هذه العقاقير جميعها بوصفها الجيل الأول من العقاقير المضادة للذهان وذلك لأنها جاءت ضمن "الموجة" الأولى لنتائج الأبحاث التي خلصت إلى طرق علاج دوائية فعالة للفصام. أما الموجة الثانية فقد تضمنت إنتاج عقاقير يشار إليها بأنها الجيل الثاني من مضادات الذهان، وهي مجموعة من العقاقير التي سنعرض إليها تفصيليا فيما بعد، ورغما عن الجدال حول أي هذه العقاقير هو الأولى بوصفه، إلا أنه لا يمكن اعتبارها علاجا، فنحو 30 بالمئة من المصابين بالفصام لا يستجيبون إيجابيا لعقاقير الجيل الأول من مضادات الذهان، وكذلك نصف عدد المصابين تقريبا ممن يتناولون العقاقير فيما بعد لمدة عام، وتصل نسبة عدم التأثير إلى ثلثي أرباع عدد المصابين بعد عامين وذلك لأن الآثار الجانبية لا تكون سارة Harvard . Mental Health Letter, 1995; Lieberman, Stroup, et al., 2005

إن المرضى الذين يستجيبون إيجابيا لمضادات الذهان يظلون تحت ما نسميه ضبط جرعة العقار بما يكفيهم فقط لاستمرار الأثر الدوائي، وفي دراسة عشوائية موسعة

استخدمت فيها عينة ضابطة اتضح أن الأشخاص الذين لا يتم ضبط جرعات العقار الذي يتناولونه لمدة عام عند بداية العلاج تكون لديهم قابلية أقل لحدوث الانتكاسات من أولئك الذين انخفضت جرعاتهم خلال الفترة من 4 إلى 26 أسبوعا بعد بداية المعالجة Wang, Xing, Cai, et al., 2010 ، وبعض الأشخاص ممن يتلقون العلاج الدوائي قد لا يتعايشون في مجتمعهم، فعلى سبيل المثال قد نجدهم غير قادرين على التماسك والاحتفاظ بوظائفهم على الرغم من أنهم مؤهلون للقيام بهذه الوظائف، كما أن علاقاتهم الاجتماعية قد لا تدوم، وبإيجاز فإن بعض الأعراض قد تتلاشى إلا أن الحياة لا تعطي كل شيء خاصة للمصابين بالفصام.

تتضمن الآثار الجانبية التي شاع تقريرها لكل مضادات الذهان: الترنح، وتشوش الرؤية، والأرق والعجز الجنسي، وبالإضافة إلى ذلك فإن بعض الآثار الجانبية المزعجة بشكل خاص، والتي يطلق عليها exrapyramidal side effects تشكل ما نطلق عليه مرض باركينسون Parkinson's disease، فالأشخاص الذين يتناولون مضادات الذهان عادة ما تظهر لديهم رعشة في الأصابع، ويمشون مترنحين، ويشعرون بالدوار. هناك آثار جانبية أخرى كخلل التوتر أو الديستونيا -Dystonia، وحالة من التيبس العضلي، وخلل الحركة الشيخوخي tardive dyskinesia، والحركة غير الطبيعية للعضلات الإرادية واللاإرادية. وحركات المضغ، وكذلك حركات أخرى للشفتين والأصابع والأرجل، فتؤدي مجتمعة إلى تقوس الظهر، ووضع غير متزن للرقبة والجسم، وهناك نوع آخر من الآثار الجانبية وهو عدم الاستقرار akasthesia ويعني عدم القدرة على البقاء ثابتا فنجد الأشخاص يتحركون ويتململون باستمرار.

وفي بعض الحالات النادرة قد يحدث اضطراب عضلي يطلق عليه خلل الحركة الشيخوخي Tardive Dyskinesia، في هذا الاضطراب تنكمش عضلات الفم بشكل لاإرادي، وتتضخم الشفاه، ويهترئ الخدان. وفي بعض الحالات الأكثر حدة يمكن أن يهتز الجسم بكامله لحركات اهتزازية لا إرادية، وتؤثر هذه المتلازمة من الاضطرابات على مرضى الفصام كبار السن الذين تمت معالجتهم بعقاقير الجيل الأول لمضادات الذهان قبل أن تتطور العقاقير لمنع إيقاف خلل الحركة الشيخوخي من التطور، وهي تؤثر على ما يتراوح بين 10٪ إلى 20٪ من المرضى كبار السن الذين تمت معالجتهم بعقاقير الجيل الأول من مضادات الذهان لفترة طويلة من الوقت ولم يستجيبوا لأي علاج معرفي Sweet, Mulsant, Gupta, et al., 1995 . وختاما، هناك نوع من الآثار الجانبية يطلق عليه المتلازمة الخبيثة للدواء المضاد للذهان Neuroleptic Malignant Syndrome، وهو يحدث بنسبة 1٪ من الحالات، وفي هذه الحالة، والتي قد تكون مميتة في بعض

الأحيان، فإن التصلب العضلي الحاد يكون مصحوبا بـالحمى وزيـادة ضربـات القلـب، وزيـادة ضغط الدم، ومن الممكن أن يغشى على المريض ويسقط في حالة إغماء.

وبسبب هذه الآثار الجانبية الخطيرة، فإن بعض الأطباء يعتقدون أنه مـن عـدم الحكمـة وصف جرعات عالية من مضادات الذهان لفـترات طويلـة مـن الوقـت. أمـا الممارسـة الطبيـة الحالية، فإنها تدعو إلى معاملـة أو معالجـة المـرضى بأقـل قـدر ممكـن مـن جرعـات العقـاقير APA, 2004 ، ويصبح الطبيب مقيدا بهذا الشرط إذا قللت جرعة الدواء، فإن فـرص حـدوث انتكاسة تتزايد، أما إذا استمر الدواء فإنه سوف تظهر آثار جانبية خطيرة ولا يمكن معالجتها.

الجيل الثاني: العقاقير المضادة للذهان وآثارها الجانبية:

يبدو أن الاهتمام بإنتاج عقاقير لعلاج الفصام خـلال العقـود التـي أعقبـت طـرح الجيـل الأول من العقاقير المضادة قـد انخفـض، وقـد تغـير هـذا الموقـف في الخمسـة وعشريـن عامـا الماضية مع طرح عقار الكلوزابين -Clozapine اسمه التجـاري Clozaril في الولايـات المتحـدة الأمريكية، وعلى الرغم من الآلية الفريدة التي يظهر بها تأثير الكلوزابين لم يتم فهمها بعـد، إلا أننا نعرف أن له تأثيرا على مستقبلات السيروتونين، وأشارت الدراسات المبكـرة للعقـاقير إلى أن له منافع دوائية مع مرضى الفصام الـذي لا يسـتجيبون لأي نـوع آخـر مـن مضـادات الـذهان Kane, Hongfield, Singer, et al.,1988 . وقد وجـدت الدراسـات اللاحقـة أن هـذا العقـار يعمل بصورة أفضل من العقاقير القديمة وأقل من حيث الآثار الإيجابية وحـدوث الانتكاسـات وعـدم الشـكوى مـن العـلاج Conley, Love, Kelly, et al., 1999; Kane, Marder, Schooler, et al., 2001, Rosenheck, Cramer, Allan, et al., 1999; Wahlbeck, Chelne, Essali, et al.,1999 .

لكن سريعا ما عرف الباحثون والأطباء أن للكلوزابين آثارا جانبية خطـيرة حيـث إنـه مـن الممكن أن يؤدي إلى الإضرار بعمل جهاز المناعة في نسبة مئوية قليلـة مـن المـرضى حـوالي 1٪ وذلك من خلال تقليل عدد خلايا الدم البيضاء، وهي حالـة يطلـق عليهـا Agranulocytosis، والتي تجعل المريض عرضة للإصابة بالعدوى وعرضة للموت أيضا. ولهذا السبب، فإنه يجب مراقبة المرضى الذين يتناولون الكلوزابين بحذر شـديد مـن خـلال اختبـارات الـدم الروتينيـة المعتادة. إذ إنه من الممكن أن يؤدي إلى ظهور نوبات مرضية وآثار جانبية أخرى. مثل الترنح والإنهاك، والدوار، وزيادة الوزن Meltzer, Cola & Way,1993 .

ورغما عن ذلك، فإن النجاح الباهر الذي حققه الكلوزابين قـد شـجع شركـات الأدويـة على بدء أبحاث جادة في سبيل إنتاج عقاقير أخـرى ربمـا تكـون أكـثر فاعليـة مـن مضـادات الذهان في الجيل الأول، ويطلق على هـذه العقـاقير بمـا فيهـا الكلـوزابين الجيـل الثـاني مـن

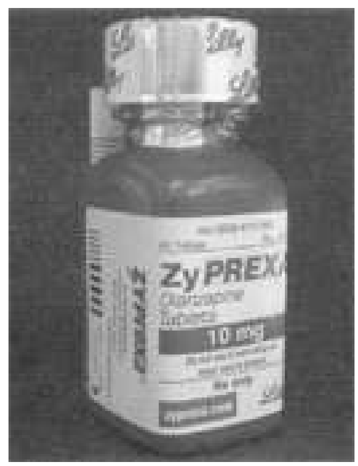
العقـاقير المضـادة للـذهان Second Generation Antipsychotic Drugs. وذلـك لأن آليـة عملها لم تكن مثل الأدوية التقليدية المضادة للذهان أو الأدوية النموذجيـة المضـادة للـذهان. وقد تم ابتكـار اثنـين مـن مضـادات الـذهان بعـد الكلـوزابين وهـما: أولانـزابين Olanzapine والاسم التجـاري لـه Zyprexa، ريزبريـدون Risperidone واسـمه التجـاري Risperdal وقـد أوضــحت الدراســات المبدئيــة أن كــلا مــن الأولانــزابين - Olanzapine والريزبريــدون - Risperidone يؤدي إلى آثار جانبية أقل بكثير من الجيل الأول لمضادات الـذهان، وأن المـرضى كانوا نوعا ما أقل توجها لعدم مواصلة العـلاج Dolder, Lacro, Dunn, et al.,2002 . لكـن الدراسات اللاحقة لم تؤكد ذلك Lieberman, 2006 ، ووفقا لدراسة تحليلية حديثة قارنت بين الجيل الثاني من العقاقير وغيرها من العقـاقير، فجميعهـا تعمـل بطريقـة متشـابهة مـع بعـض الميزات المرتبطة بخفض الأعـراض الإيجابيـة التـي تمـت ملاحظتهـا عنـد اسـتخدام الكلـوزابين والأولانـزبين Leucht, Komossa, Rummel-Kluge et al., 2009 . راجـع جـدول 9-5 وبـه ملخص للعقاقير الرئيسة لعلاج الفصام.

يظهر هذا على وجه الخصوص لـدى المصـابين الـذين يسـتجيبون إلى نـوعين آخـرين مـن العلاج الدوائي Lewis, Barnes, Davies, et al., 2006 ، وفي دراسة تحليلية موسـعة تناولـت 124 دراسة تقارن بين الجيل الأول والجيل الثاني من العقاقير المضادة للهذيان ظهـر أن معظـم عقاقير الجيل الثاني كانت أكـثر فاعليـة مـن عقـاقير الجيـل الأول في خفـض الأعـراض السـلبية وتحسين الخلل المعرفي Davis, Chen, Glick, 2003 .

جدول 9-5 ملخص بالعقاقير الأساسية المستخدمة في علاج الفصام

عقاقير الجيل الأول	الاسم العلمي	الاسم التجاري
	Chlorpromazine	Thorazine
	Fluphenazine decanoate	Prolixin
	Haloperidol	Haldol
	Thiothixene	Navane
عقاقير الجيل الثاني	Clozapine	Clozaril
	Aripiprazole	Abilify
	Olanzapine	Zyprexa
	Risperidone	Risperdal
	Geodon	Ziprasidone
	Seroquel	Quetiapine

إلا أن الأخبار ليست كلها طيبة، فمن خلال دراسة عشوائية متكاملة اعتمدت على عينة ضابطة يشار إليها باسم Clinical Antipsychotic Trails of Intervention Effectiveness- CATIE وقد قارنت هذه الدراسة بين أربعة عقاقير من الجيل الثاني Olanzapine Risperidone, Ziprasidone, Guetiapine وعقار واحد من الجيل الأول هو Peophenazine ببعضها البعض Lieberman et al, 2005 ، وقد شملت الدراسة ما يقرب من 1500 مريض من كل أنحاء الولايات المتحدة الأمريكية. ومما يميز هذه الدراسة عما أشارت إليه الدراسات التحليلية التي أشرنا إليها سابقا أنها لم تكن برعاية إحدى شركات الأدوية، ومن بين النتائج العديدة لهذه الدراسة، تبرز ثلاث نتائج، الأولى أن عقاقير الجيل الثاني لم تكن أكثر فاعلية من عقار الجيل الأول، النتيجة الثانية أن الآثار الجانبية غير المرغوبة لعقاقير الجيل الثاني لم تكن أقل مما أدى إليه عقار الجيل الأول. أما النتيجة الثالثة فهى أن حوالي ثلاثة أرباع المرضى قد توقفوا عن تناول الأدوية قبل نهاية مخطط الدراسة بحوالي 18 شهرا، وقد ظهرت نتائج مشابهة في دراسة أخرى موسعة Jones, Barnes, Davies, et al., 2006 ، وبالرغم من الأمل المبدئي لعقاقير الجيل الثاني، إلا أن هناك حاجة لبذل المزيد من الجهد والمحاولات لتطوير علاجات أفضل للفصام.



قد تكون لعقاقير الجيل الثاني مثل الأولانزابين آثارا سلبية أقل مما لعقاقير الجيل الأول، ولكنها لا تزال لها آثار سلبية

علاوة على هذا، فإن هناك دراسات أخرى تقول بأن مضادات الذهان من الجيل الثاني غير التقليدية ربما تكون لها آثار جانبية غير مرغوبة Freedman, 2003 ، فأولاً: فإن هذه العقاقير يمكنها بل وينتج عنها آثار جانبية بالغة Miller, Caroff, Davis, et al., 2008; Rummel-Klug, Komossa, Schwarz, Hunger, Schmid, Kissling, et al., 2010 . ثانيا أن عقاقير الجيل الثاني الأخرى بالإضافة إلى الكلوزابين تسبب زيادة في الوزن Rummel-Klug, Komossa, Schwarz, Hunger, Schmid, Loos, et al., 2010 على سبيل المثال فإنه قد تم ربط الكلوزابين Clozapine والـOlanzapine بتطور النوع الثاني من مرض السكري Leslie & Rosenhech 2004 . كما وجدت دراسة أخرى أن ما يقرب من نصف المرضى الذين تلقوا هذه الأدوية قد زاد وزنهم بصورة واضحة Young, Niv, Cohen, et al., 2010 ، وعلاوة على عدم الرضا بزيادة

الوزن فإن الوزن الزائد مرتبط بعديد من المشكلات الصحية الخطيرة مثل ارتفاع مستوى الكوليسترول ونسبة الجلوكوز في الدم والتي قد تؤدي للإصابة بالفئة الثانية من مرض السكري، فعلى سبيل المثال فالكلوزابين والأولانزبين مرتبطان بالإصابة بالفئة الثانية من السكري Leslie, Rosenheck, 2004 وعلى الرغم من عدم وضوح إذا ما كان الدواء نفسه هو المتسبب في هذه المخاطر، وربما يكون الأثر الجانبي هو زيادة الوزن أو أن الأشخاص الذين يتلقون هذا العلاج الدوائي لديهم ميل للإصابة بالسكري حتى بدون تعاطي هذه الأدوية، وهناك أدلة أخرى تشير إلى أن هذه العقاقير تزيد من المخاطر المؤثرة على البنكرياس Koller, Cross, Doraiswamy, et al., 2003 ، وفي عام 2005 قامت الشركة المنتجة لعقار الأولانزبين بعمل تسوية للقضايا التي رفعت ضدها ودفعت 700 مليون دولار للمرضى الذين تناولوا هذا العقار، وقد تمت مقاضاة الشركة بسبب عدم تحذيرها للمرضى من هذه الآثار الجانبية الخطيرة، والآن باتت هذه العقاقير مميزة ببطاقة تحمل تحذيرا حول الآثار الجانبية المحتملة بما فيها زيادة الوزن وزيادة مستوى السكر في الدم، وزيادة مستويات الكوليسترول.

وهذا أمر مؤسف لعدة أسباب، ولكن وبصفة خاصة أن هناك بعض الأدلة على أن الأمريكيين الأفارقة قد يتعرضون لآثار جانبية أكبر من الأمريكيين البيض كنتيجة للتداوي بعقاقير الجيل الأول Frackiewicz, Sramek, Herrera, et al., 1997 ، وبشكل أوسع فإن هذه النتائج تكرر نتائج التكملة الأخيرة الحديثة لكبير الأطباء في تقريره الفريد حول تطور الصحة العقلية 2001 والذي وضح عددا من الاختلافات في المعالجة الصحية العقلية بين أفراد المجموعات الأقلية الإثنية USDHHS 2001 . وبالمقارنة مع الاضطرابات الأخرى التي تم مراجعتها في هذا الكتاب فقد كان هناك بحث أقل ارتباطا بالفصام إلى حد ما وتناول المجموعات العرقية المختلفة. ولابد أن ينال قدرا أكبر من الاهتمام البحثي.

وتشير دراسة أخرى إلى أن الجيل الثاني من العقاقير مضادات الذهان فعال فيما يتعلق بتحسين الجوانب المعرفية مثل الانتباه والذاكرة، والتي ينتابها بعض الخلل عند العديد من مرضى بالفصام Heinrichs & Zakanis, 1998 وترتبط بقلة التكيف الاجتماعي Green, 1996 . ترى بعض الدراسات أن العلاج الدوائي قد يكون أكثر فاعلية من عقاقير الجيل الأول فيما يتعلق بتحسين وظائف المعرفية P.D.Harvey, Green, Keefe, et al,. 2004; Harvey, Green, McGurk, 2003, Keefe, Bilder, Davis, et al., 2007 . وبصورة عامة فإن مضادات الجيل الثاني يمكنها إحداث تغييرات جذرية في الفصام والنتائج السلوكية، وذلك بدرجة أكبر مما تقوم به العقاقير التي لا تؤثر على هذه الآثار المعرفية المتعلقة بالوعي، وعلى أي حال فإن هناك دليلا آخر يقول بأن

المعالجات السيكولوجية سنتناولها لاحقا فعالة أيضا ، وربما أكثر من ذلك فيما يتعلق بتخفيف أوجه القصور في الوعي.

تقييم المعالجات بالعقاقير:

إن من الصعب التخلي عن العقاقير المضادة للذهان كجزء من معالجة الفصام وسوف تستمر من غير شك في كونها عنصرا مهما وفعالا. كما أن النجاح المحدود الذي حققته عقاقير الكلوزابين والأولانزابين والريزبيريدون، قد شجع الجهود المستمرة لإيجاد عقار جديد أكثر فاعلية في علاج الفصام، ولذلك فإننا قد نكون على أعتاب اكتشاف أو على أعتاب عصر جديد لمعالجة الفصام، وهناك العديد من العقاقير الأخرى التي يتم تطويرها حاليا، لذا فإننا على أعتاب حقبة جديدة من علاج الفصام.

العلاجات النفسية :

إن تنامي معرفتنا بالعوامل البيولوجية العصبية المرتبطة بالفصام واستمرار تطوير الأدوية المضادة للذهان ينبغي أن لا يقودنا إلى إهمال الأهمية الكبيرة للعوامل النفسية في كل من أسباب الفصام وعلاجها، ويتضح لنا ذلك في التجربة التالية المقتبسة من مراجعة لطرق المعالجة النفسية للفصام والتي تم تأكيدها من الناحية العملية:

بالنسبة للأطباء الذين حسبوا لفترة طويلة أن المعالجة البيولوجية فقط هي الفعالة في حماية الأفراد المصابين بالفصام من الانتكاسة التي تنتج عن الضغط النفسي والعجز الذي ينتج عن ذلك أيضا، فإن الدليل "في تقليل العواطف المعبر عنها في العائلات والتي نوقشت لاحقا" وهذا ما يؤكد القيمة الحمائية للمعالجات السيكولوجية، ربما يعمل كعلاج للخلل البيولوجي المفاجئ، والذي غالبا ما يتسم به مجال البحث في الفصام. ومن الضروري أن نرى معالجات الفصام واستئصال مادة النسيج بين الخلايا منكرين للعناصر الثلاثة الأخرى... وهذا يقلل من أثر وفاعلية المعالجة Koplowicz & Lieberman .

إن إهمال الجوانب النفسية والاجتماعية للفصام تبدد الجهود التي تسعى إلى مساعدة الناس وأسرهم الذين يعانون مع هذا المرض. وفي الحقيقة فإن التوصيات حول طرق علاج الفصام الحالية ما توصل إليه فريق بحث نتائج المرضى المصابين بالفصام PORT والتي تضمنت المعالجة الدوائية والتدخل العلاجي النفسي Lehman, Keryebuhl, Buchanan, et al., 2004 ، وقد اعتمدت توصيات فريق بحث نتائج المرضى المصابين بالفصام PORT على المراجعات المطولة لبحث العلاج. علاوة على أن مراجعة لسبع وثلاثين دراسة مستقبلية أجريت على المصابين بعد حدوث أول نوبة من الفصام قد وجدت أن المزج بين العلاجين الدوائي والنفسي يعود بأفضل النتائج Menezes, Arenovich & Zipursky, 2006 .

ومن أمثلة الآثار الإيجابية الناتجة عن المزج بين طرق المعالجة المختلفة ما أظهرته دراسة موسعة حالية شملت ما يزيد على 1200 ضمن دراسة عشوائية استخدمت فيها عينة ضابطة وأجريت في الصين، وقد قامت الدراسة بمقارنة المعالجة الدوائية وحدها في مقابل المعالجة الدوائية والتدخل النفسي المتكامل والذي تضمن العلاج النفسي الأسري، والعلاج المعرفي السلوكي، والتثقيف النفسي، والتدريب على المهارات، وظهر انخفاض أعراض الفصام لدى الأفراد في كلتا المجموعتين. إلا أن أولئك الذين تلقوا معالجة مختلطة كانت معدلات تعرضهم للانتكاسات أو للتوقف عن العلاج أقل، وكذا تحسن أداؤهم بصورة أكبر Guo, Zhai, Liu, et al., 2010 . راجع أهم الاستكشافات 9-4 لتجد مثالاً آخر على نجاح المزج بين طرق العلاج.

وفي عام 2009 أصدر فريق بحث نتائج المرضى المصابين بالفصام PORT توصيات جديدة تحدد الأنماط المختلفة من طرق العلاج النفسي، واعتمادا على مراجعة دقيقة لعدد من العلاجات النفسية بما فيها مهارات التدريب والعلاج المعرفي السلوكي والمعالجات المتصلة بالأسرة فقد ظهرت أدلة قوية تدعم فكرة استخدام طرق العلاج النفسي إلى جانب العلاج الدوائي Dixon, Dickerson, Bellack, et al., 2010 . كذلك فإن طرق العلاج الأخرى مثل مناهج طرق العلاج المعرفي تعد دليلا متناميا على ذلك، وهناك أبحاث عديدة تركز على دراستها، وسوف نتناول طرق العلاج النفسي هذه لاحقا.

التدريب على المهارات الاجتماعية:

صُمم التدريب على المهارات الاجتماعية لتعليم الأشخاص المصابين بالفصام كيف يديرون العديد من المواقف الشخصية البينية من خلال مناقشة الأدوية التي يتناولونها مع أطبائهم النفسيين، وطلب الوجبات في المطعم، وملء استمارة الوظيفة، واجتياز المقابلات الشخصية من أجل الالتحاق بالوظائف

يرى معظمنا هذه المهارات على أنها أمر مسلم به، ويوليها قدرا ضئيلا من التفكير في حياته اليومية، غير أن الأشخاص المصابين بالفصام لا يمكنهم أن يأخذوا هذه الأشياء على أنها أمور مسلم بها، فهم يحتاجون إلى العمل الشاق من أجل اكتساب أو إعادة اكتساب هذه المهارات Hienssen, Lieberman & Kopelowicz, 2000; Lieberman, Eckman, Kopelowicz, et al., 2000 ، ويتضمن التدريب على المهارات الاجتماعية بصورة تقليدية على لعب الأدوار والتدريبات الجماعية الأخرى سواء ضمن مجموعات علاجية أو من خلال مواقف اجتماعية فعلية.

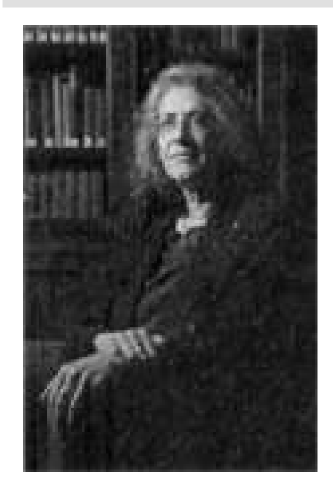
تشير الأبحاث إلى أنه يمكن للمصابين بالفصام أن يتعلموا سلوكيات جديدة تساعدهم على تفادي الوقوع في انتكاسات، وعلى تحقيق أداء جيد للعمل الاجتماعي، والاستمتاع بالحياة بصورة أكبر Kopelowicz, Lieberman & Zarate, 2002 . هناك بعض

الدراسات الجديرة بالذكر التي تناولت دراسة الفوائد المحققة عـلى مـدى فـترة بلغـت عـامين بعـد العـلاج Lieberman, Wallace, Blackwell, et al., 1998; Marder, Wirshing, Glynn, et al., 1999 رغـم أن النتـائج لم تكـن كلهـا إيجابيـة Pilling, Bebbington, Kuipers, et al., 2002 . غالبا ما يكون التدريب عـلى المهـارات الاجتماعيـة جـزءا مـن طـرق معالجة الفصام التي تتخطى استخدام الأدوية وحدها، وهي تشمل معالجات الأسرة من أجـل تقليل العاطفة المعبرة، أو المشاعر المعبر عنها، وقـد اتضـحت فاعليـة العـلاج الأسري في غالـب الأحيان مع العلاج الدوائي إضافة إلى 20 دقيقة كل شـهر يـتم خلالهـا مقابلـة المعـالج الـنفسي وذلـك وفـق مـا أشـارت إليـه دراسـة عشـوائية ذات عينـة ضـابطة تـم إجراؤهـا في المكسـيك Valencia, Racon, Juarez, et al., 2007 .

أهم الاكتشافات 9-4

الحياة مع الفصام

هناك مثال مؤثر عن امرأة كافحت وتغلبـت عـلى الفصـام تضـمنه الكتـاب الصـادر عـام 2007 بعنـوان "الأرض المهتـزة .. رحلتـي عـبر الجنـون The center cannot hold: My Journey through Madness"، وهو كتاب من تأليف إلين سـاكس Elyn Saks أسـتاذة القـانون بجامعـة سـاوثرن كاليفورنيـا Southern California والتـي عانـت الإصـابة بالفصـام Saks, 2007 ، وتصـف في هـذا الكتـاب تـاريخ تجربتهـا مـع هـذا المـرض، وقبـل نشر هـذا الكتـاب لم يكـن الكثيرون يعلمون عن مرض "إلين" إلا القليـل مـن أصـدقائها وحتى هؤلاء لم يتيقنوا من إصابتها بالفصام، ولكـن لم أبقـت الأمر سرا؟ من المؤكد أن الخوف من نظرة الآخرين كان جزءا من السبب، وباستعراضنا لهذا الكتاب نجـد أن وصـم النـاس للمصـابين بمـرض عقـلي هـو أمـر شـائع في القـرن الحـادي والعشرين، وهو ما قـد يكـون لـه أثـر خطـير عـلى المصـابين بالأمراض العقلية مثل الفصام.



إلين ساكس Elyne Saks، أستاذة القانون بجامعة ساوثرن كاليفورنيا والمصابة بالفصام

إن ما يجعـل مـن قصـة حيـاة الأسـتاذة "إيلـين" عـلى وجه الخصوص قصة مشجعة هو أنها بلغت مكانة مهنية عالية وحققت نجاحها الشـخصي بـدلا مـن أن تستسـلم لهـذا المـرض العقـلي الخطـير. لقـد نشـأت في أسرة متحابـة داعمـة وحصلت على شهادة البكالوريوس من جامعـة فانـدربيلت، وتخرجـت فيهـا وكانـت الأولى

على دفعتها، وحصلت على منحة "مارشال Marshall الدراسية الراقية لدراسة الفلسفة في جامعة أوكسفورد في المملكة المتحدة، وتخرجت في كلية "يال" للقانون، وترأست تحرير النشرة القانونية المحكمة لجامعة "يال"، وهي أستاذة للقانون في جامعة كبرى.. فكيف قامت بهذا؟

إنها ترى أن المزج بين طرق العلاج بما في ذلك التحليل النفسي والعلاج الدوائي، والدعم الاجتماعي من الأسرة والأصدقاء، والعمل الجاد، ومعرفتها بخطورة مرضها جميعها قد ساعدتها في مواجهتها للفصام وأعراضه التي لم يمكن التنبؤ بها والمخيفة في بعض الأحيان، ورغم أن دراسات التحليل النفسي لم توفر دعما تجريبيا على فاعلية علاجها للفصام، إلا أنها كانت ولا تزال تشكل جزءا من المعالجة المتوازنة التي تلقتها الأستاذة "إيلين ساكس". إن هذا يوضح بجلاء حقيقة أنه حتى طرق المعالجة التي لا تكون فعالة مع مجموعات المرضى، قد تكون فعالة لدى الأفراد، ومن بين الأشياء التي يبدو أنها أفادت الأستاذة "إيلين ساكس"، ما تعلمته منذ بداية حياتها عن التحليل النفسي خلال دراستها بمنحة "مارشال" في جامعة أكسفورد وحتى الآن، وهو ما منحها القدرة على "تصور حالة المريض بالاضطراب" عند قيامها بالتحليل النفسي. كانت معظم طاقتها مستهلكة في سعيها لإخفاء أعراض مرضها وحجبها بعيدا عن حياتها، وأصبح التحليل النفسي ملجأ آمنا لها كي تطلق هذه الأعراض وتجعلها تظهر في الخلاء. إن التحليلات المتنوعة الكثيرة التي قامت بها خلال سنوات عديدة كانت أيضا من بين أهم العوامل الداعمة لها ومنها استخدام العلاج الدوائي كمضادات الذهان في بعض الأحيان التي كادت مقاومتها أن تنهار. كما أن الدعم الصادق من أصدقائها وزوجها كان لهما بالغ الأثر خاصة خلال الفترات التي تظهر فيها الأعراض، فلم يكن أحباؤها يهرعون أو يهربون في الاتجاه الآخر حين تمر بنوبة مرضية. بل كانوا يدعمونها ويساعدونها في الحصول على معالجة إضافية إذا احتاجت لذلك.

لا تزال الأعراض تظهر عليها، وفي بعض الأحيان تظهر بصورة يومية، وتتضمن هذه الأعراض: جنون الاضطهاد وخلاله تكون خائفة فزعة مثل: اعتقادها أن أفكارها قتلت الناس، وظهرت عليها أعراض عدم الانتظام، وتصفه ببلاغة في الكتاب:

"يبدأ الوعي في فقد ترابطه، وتشعر أن مركزك قد تلاشى ويصبح مهتزا غير ثابت، وتصبح "الذات" مجرد ضباب رقيق، ويتكسر المركز الصلب الذي من خلاله نشعر بالواقع، ويصبح أشبه بإشارات رديئة تصدر من جهاز راديو، ولا يصبح هناك وجود لنقطة ثبات ذات أفضلية يمكنك أن تتمسك بها وتنظر من خلالها وتحدد ما يحدث. لا أساس يربط الأشياء ببعضها، ويمنحنا عدسة نرى بها العالم، ونصدر أحكاما ونحسب المخاطر" Saks, 2007, p. 13 .

وعلى الرغم من استمرار ظهور الأعراض لديها، إلا أنها قد بلغت حدا تنظر معه إلى الفصـام على أنه جزء من حياتها. هل كانت تتمنى لو أنها لم تصب بهذا المرض؟ نعـم بكـل تأكيـد. لكنهـا عرفت أيضا أن لديها حياة رائعة مليئة بالأصدقاء والأحباء وعمـلا لـه قيمـة. إنهـا لا تخجـل مـن مرضها، وتركز على نقطة مهمة هي " أن الإنسانية التي نشاركها أهم بكثير من الأمـراض العقليـة التي قد تصيبنا" Saks, 2007, p.336 . إن حياتها تذكرنا بـأن الحيـاة صـعبة بصـورة أو بـأخرى، لكن يمكن لنا أن نعيشها.. بل ونعيشها إلى أقصى حد.

علاجات الأسرة:

يعود كثير من مرضى بالفصام الذين يتم إخراجهم من المستشفى إلى منازلهم وعـائلاتهم، وقد تعرضنا من قبل لأحد الأبحاث يوضح أن المستويات العالية من العاطفة المعـبرة في الأسرة، والتي تشمل العدائية، والتطرق في النقد، والحماية المبـالغ فيهـا، قـد تـم ربطهـا بالانتكاسـات والعودة للمستشفى مرة أخرى، وبناء على هذه النتيجة فقد تم ابتكار عدد من طرق المعالجة الأسرية، وقد تختلف هذه المعالجـات مـن حيـث الطـول والوضـع، وبعـض التقنيـات، غـير أن تتشارك العديد من السمات كما يلي:

- تثقيـف أفـراد الأسرة عـن الفصـام وبالتحديـد عـن العوامـل المـؤثرة والعوامـل العصـبية البيولوجيـة التـي تجعـل بعـض النـاس أكـثر عرضـة للإصـابة بـالمرض، المشـاكل المعرفيـة والفكرية للفصام، أو المرتبطة بالفصام، أعراض الفصام، وعلامات الوقـوع في انتكاسـة، إن الأسر التي بها نسبة مترفعة من التعبـير العـاطفي لم يـتم إخبارهـا بشـكل نمـوذجي عـن الفصام، ويساعد تقديم بعض المعلومات إلى هذه الأسر في أن تكون أقل انتقـادا للأقـارب المصابين بالفصام، مع العلم بأن علم البيولوجيا العصبية عـلى سـبيل المثـال يحتـوي عـلى الكثير الذي يجب القيام به مع مرضى الفصام، وأن هذا المرض يحتـوي عـلى العديـد مـن المشاكل في التفكير بوضوح، وبشكل عقلاني، وهذا قد يساعد أعضاء الأسرة على أن يكونوا أكثر قبولا وفهما لتصرفات المريض غير اللائقة والتافهـة. ويعمـل الأطبـاء النفسـيون عـلى تشجيع أفراد الأسرة على تقليل توقعاتهم من الشـخص القريـب المصـاب بالفصـام وهـم يوضحون للأسرة وللمريض على سواء أن العلاج المناسب والدواء المناسب من الممكـن أن يؤدي إلى التقليل من الضغط على المريض، ويمنع تدهور حالته.
- توفير المعلومات للمـرضى والأسر عـن الأدويـة المضـادة للـذهان، فيسـعى الأطبـاء النفسيون إلى التـأثير عـلى كـل مـن الأسرة والمـريض وإخبـارهم بالأهميـة الكبـيرة لمسألة تناول المريض أو المريضـة للـدواء المضـاد للـذهان الخـاص بهـا أو بـه، مـما يجعلهم أكثر علما بالآثار المطلوبة والآثار الجانبية للدواء، والمسئولية عن تقليل رد

فعل المريض تجاه الدواء، والسعي إلى الاستشارة الطبية بدلا من مجرد التوقف عن تناول الدواء في حال ظهور آثار جانبية غير مرغوبة.

- خفض وتجنب لوم الأسرة، وبالتحديد عدم تشجيع الأسرة وأعضائها على لوم نفسها ولا لوم المريض على المرض بسبب الصعوبات والمشاكل التي يعانيها الجميع بسبب التعايش مع المريض.
- مهارات التواصل وحل المشاكل داخل الأسرة. يركز الباحثون على تعليم الأسرة أساليب وطرقا للتعبير عن كل من المشاعر الإيجابية والمشاعر السلبية بأسلوب بناء، ورائع، وغير حافل بالمطالب وغير مكلف، أو مفتعل بدلا من الإشارة بالأصابع والأسلوب الانتقادي أو الذي يتسم بالعناية الفائقة. وقد اهتم الباحثون أو الأطباء النفسيون أيضا بتقليل الضغط الذي تمثله الصراعات الشخصية، وذلك من خلال تعليم أفراد الأسرة طرق العمل بشكل جماعي لحل مشاكل الحياة اليومية.
- توسيع شبكة العلاقات الاجتماعية حيث يشجع المعالجون النفسيون مرضاهم وأسرهم على توسيع دائرة علاقاتهم واتصالاتهم الاجتماعية، وبصفة خاصة شبكة المساندة والتأييد بالنسبة لهم.



العلاج الأسري يساعد في تعليم مرضى الفصام وأسرهم عن الفصام وخفض التعبير العاطفي

- غرس الأمل في أن الأمور ستصير إلى الأفضل. وذلك يشمل غرس الأمل بأن عودة المريض إلى المستشفى لن يكون أمرا حتمياً.

يعتمد المعالجون النفسيون على العديد من الأساليب والتقنيات لتطبيق هذه الاستراتيجيات مثل التعرف على عوامل الضغط التي قد تتسبب في حدوث الانتكاسة وتدريب الأسر على مهارات الاتصال وحل المشكلات، وجعل أفراد الأسر ذات المعدل المرتفع في المشاعر المعبر عنها تشاهد أشرطة فيديو تحتوي على تفاعلات لأسر ذات المستوى المنخفض من المشاعر المعبر عنها Penn & Mueser, 1996 ومقارنتها بالمعالجات القياسية في العادة تقتصر على العلاج الدوائي، وقد أدت معالجة العائلة بالإضافة إلى الدواء إلى التقليل من حدوث الانتكاسات، خلال فترة تتراوح بين عام إلى عامين، وتعتبر هذه النتيجة الإيجابية واضحة بشكل خاص في الدراسات التي تستمر لمدة لا تقل عن تسعة شهور Falloon,

Boyd, McGill, et al., 1982, 1985; Hogatry, Anderson, Reiss, et al., 1986, 1991; Kopelowicz& Lieberman, 1998; McFrlane, Lukens, Link, et al., 1995;, Penn & Muser, 1996 .

العلاج السلوكي المعرفي

افترض الباحثون في وقت من الأوقات أن محاولة تغيير التحريفات أو التشويهات المعرفية، بما في ذلك الضلالات الموجودة لدى المرضى بالفصام أمر غير متوقع. أما الآن فهناك أدلة توضح أن الأفكار المرضية لبعض المرضى يمكن في الواقع أن تتغير مع التدخلات المعرفية السلوكية CBT Garety, Fowler, & Kuipers,2000;, Wykes, Steel, Everitt, Tarrier, 2008 .

يمكن تشجيع مرضى الفصام على التخلص من معتقداتهم الوهمية بنفس الطرق التي يعيش بها الأشخاص غير المصابين بالفصام، ومن خلال المناقشات المعيارية وفي سياق أشكال أخرى من المعالجة، بما فيها العقاقير المضادة للذهان، وتمت مساعدة بعض المرضى على عدم إضفاء معنى ذهاني على الأمراض المتعلقة بجنون العظمة ومن ثم تقليل شدة وحدة هذه الأعراض وطبيعتها غير المرغوبة، بما يشبه ما يتم القيام به في حالات الاكتئاب والاضطراب المفزع Beck & Pector 2000; Drury, Cohrane, & Macmillan, 1996; Haddock, Tarrier, Spaulding, et al., 1998 ، وقد وجد الباحثون أن المداواة النفسية السلوكية المعرفية CBT يمكنها أيضا أن تقلل الأعراض السلبية، فعلى سبيل المثال، فإنها تتحدى البنية الاعتقادية المرتبطة بالتوقعات المنخفضة للنجاح، والتوقعات المنخفضة للشعور باللذة Beck, Rector & Stolar 2004;, Rector, Beck, Stolar, 2005;, Wykes, et al., 2008 .

تشير النتائج المستخلصة من التجارب العشوائية المنضبطة القليلة حول العلاج السلوكي المعرفي عند مصابي الفصام، إلى أن اتباع هذه الطريقة في العلاج جنبا إلى جنب مع المعالجة الدوائية يمكن أن تساعد على تقليل الهلاوس والأوهام Bustillo, Lauriello, Horan, et al., 2001 ، وجدت دراسة تحليلية موسعة درست ما يزيد على 34 دراسة شملت 2000 شخص من المصابين بالفصام في ثمان دول عدم كفاية النتائج لتحديد الأثر على الأعراض الإيجابية، والأعراض السلبية، والمزاج والنمط العام لوظائف الحياة Wykes et al., 2008، ، وفي بريطانيا تستخدم طرق العلاج السلوكي المعرفي كمعالجة إضافية مساعدة لعلاج الفصام منذ أكثر من عشرة أعوام، وقد كانت النتائج إيجابية كذلك، حتى وفق المتغيرات الاجتماعية Sensky, Turkington, Kingdom, et al., 2000; Turkington, Kingdom, Turner, 2000; Wykes et al., 2008 ، ووجدت إحدى الدراسات أن التدريب على إدارة الضغط كان له أثر فعال في تقليل الضغط عند

مرضى الفصام، وهي نتيجة جديرة بالذكر توضح العلاقة بين الضغط والانتكاسة Norman, Malla, McLean, et al., 2002 .

علاجات الوظائف المعرفية:

اهتم الباحثون في الأعوام الأخيرة بجوانب أساسية من الإدراك خاصة التي يصيبها الاضطراب عند الإصابة بالفصام سعيا منهم لتحسين هذه الوظائف وبالتالي التأثير على السلوك بشكل إيجابي. والحقيقة أن النتائج الطبية الإيجابية للريزبيركين Risperikene ترتبط بتحسن في بعض الأنواع من الذاكرة Green, Marshall, Wirshing et al., 1997 ، تؤكد هذه الحقيقة التوجه القائل بأن المعالجات يمكن تطبيقها على أساس العمليات المعرفية، والذي لم يقم الأطباء السريريون بدراستها رغم أنها واعدة فيما يتعلق بتحسين الحياة العاطفية والاجتماعية للمصابين بالفصام. يركز هذا التوجه على محاولة إعادة المستوى الطبيعي لهذه الوظائف مثل الانتباه والذاكرة. والمعروف إصابتها بالخلل لدى العديد من مرضى الفصام وترتبط بضعف التكيف الاجتماعي Green, Kern, Braff& Mintz, 2000 .

وحاليا تسعى المعالجات المطورة إلى تحسين الوظائف المعرفية الأساسية مثل القدرة على التعليم الشفهي CET ومعالجة تحسين الوعي "Cognitive Enhancement Therapy" أو التدريب المعرفي Cognitive Training، وقد قامت إحدى التجارب الطبية التي تم إجراؤها بشكل عشوائي على مدى عامين بمقارنة معالجة تحسين المعرفة CET من خلال دراسة مجموعة من الأشخاص ومقارنتها بالمعالجة الداعمة المثرية Enriched Supportive Therapy EST ، وقد تضمنت معالجة تحسين المعرفة CET حوالي 80 ساعة من التدريب الذي يعتمد على الكمبيوتر، ويهدف هذا التدريب إلى زيادة الانتباه، وتقوية الذاكرة، وحل المشاكل، وقد اشتغلت المجموعة على أمور مرتبطة بالمهارات المعرفية الاجتماعية مثل قراءة وفهم المقالات الافتتاحية في الصحف، وحل المشاكل الاجتماعية، وبدء المحادثات والحوارات ومواصلتها. اعتمدت المعالجة الداعمة المثرية EST على العناصر التشجيعية والتعليمية للمعالجة التشخيصية. وتناول كافة المرضى الدواء أيضا، وخلال العام الأول والعام الثاني من المتابعة كانت طريقة تحسين الوظائف المعرفية CET أكثر فعالية من المعالجة الداعمة المثرية - EST فيما يتعلق بتحسين القدرات المعرفية في حل المشاكل، وفي الانتباه، والوعي أو المعرفة الاجتماعية، والتكيف أو الاندماج الاجتماعي، بينما تساوت نسبة انخفاض الأعراض في كلتا الطريقتين من المعالجة Hogarty, Flesher, Ulrich et al., 2004 . وقد أظهر المرضى الذين خضعوا للعلاج بطرق التحسين المعرفي CET أيضا معدلات تفيد بأنهم أكثر استعدادا للعمل، وفي الواقع فإنه يبدو أنهم قد التحقوا بوظائف مع نهاية العام، بل وأظهروا أنهم أكثر ميلا للعمل في الوظائف التطوعية من أولئك الذين خضعوا للعلاج بطريقة المعالجة الداعمة المثرية

EST Eack, Grenwald, Hongarty, Kershaven, 2010. لذا فإن طريقة العلاج المعرفي CET فعالة في تقليل الأعراض وتحسين القدرات المعرفية، ويبدو أنها مرتبطة بالنتائج الوظيفية الجدية، مثل العمل.

أوضحت مراجعة حديثة أجريت على 17 تجربة عشوائية أخرى لطرق العلاج عبر التدريب المعرفي في العلاج أن هذه التدخلات في معظمها تحسن القدرات المعرفية، سواء كانت طرق العلاج تركز على مهام محددة على سبيل المثال، اختبار الذاكرة أو على استراتيجيات وخطط أوسع مثل:حل المشكلات أو تم إجراء هذه المعالجات عن طريق التدريب الذي يعتمد على الكمبيوتر Twamley, Jeste & Bellack, 2003 ، وكانت هناك قلة قليلة من هذه الدراسات تحتوي على معايير ومقاييس للأعراض ولنتائج الوظيفية. مثل العمل أو التوظيف العام، إلا أنها خلصت بشكل عام إلى أن التدريب المعرفي قد عمل على تحسين الأعراض والنتائج الوظيفية. وتبدو هذه النتائج واعدة، إلا أن كل الدراسات تقريبا تناولت رجالا من البيض، ولذلك، فإن عموميتها تحتاج إلى إعادة نظر، كما لم تظهر كل الدراسات نتائج إيجابية Pillig et al., 2002 .

تناولت دراستان تحليليتان تناولت إحداهما 26 دراسة McGurk, Twamely, Sitzer, et al., 2007 ، والأخرى تناولت 40 دراسة Wykes, Huddy, Cellard, et al., 2011 ، وقد وجدتا أن هناك قدرا يتراوح ما بين القليل والمتوسط من تأثر الأداء المعرفي اللفظي والذاكرة اللفظية، وسرعة المعالجة والإدراك الاجتماعي. كما يرتبط العلاج المعرفي بخفض الأعراض وتحسين الأداء في الحياة اليومية في حالة استخدام طريقة أخرى من العلاج النفسي مثل المهارات الاجتماعية التي تضاف إلى هذا البرنامج.

وهناك برنامج قد يكون مختلفا بعض الشيء قد أظهر نتائج واعدة، وتضمنت هذه المعالجة تدريبا مكثفا باستخدام الحاسب الآلي 50 ساعة ولكن المهام المطلوبة كانت قد وضعت اعتمادا على طرق البحث في علوم الأعصاب والتي أوضحت تحسن العمليات المعرفية والإدراكية مثل الذاكرة وحل المشكلات. إن مهمة العلاج المعرفي في هذا التدريب هي عملية التدقيق والمراجعة التي تزداد صعوبة بالتدريج كلما تحسن المريض. يقوم المرضى بأداء مجموعة من المهام التي تتطلب التمييز بين الأصوات المعقدة، وفي دراسة عشوائية حديثة تلقى المصابون بالفصام تدريبا مرجعيا مكثفا باستخدام الحاسب الآلي والذي أظهر تحسنا كبيرا في الإدراك وكذلك فيما يتعلق بالأمور الأساسية المرتبطة به مثل: الذاكرة، والانتباه، وسرعة المعالجة، والذاكرة النشطة، وحل المشكلات وذلك مقارنة بمشاركين يلعبون ألعاب الكومبيوتر خلال الوقت ذاته Fisher, Holland, Merzenich & Vinogradov, 2009 .

التثقيف النفسي

كما سبق وناقشنا في الفصل الخامس عند تناولنا للاضطراب ثنائي القطبية، فإن التثقيف النفسي هو منهج يهدف إلى تثقيف المرضى بشأن مرضهم بما في ذلك أعراض الاضطراب التي قد تظهر خلال فترة العلاج، والمؤشرات البيولوجية والنفسية، واستراتيجيات العلاج، وفي دراسة تحليلية تناولت 44 دراسة تثقيفية عن الفصام أشارت النتائج إلى فاعليتها عند استخدامها مع العلاج الدوائي في تقليل الانتكاسات وعودة الإصابة بالفصام وزيادة الأثر العلاجي للدواء Xia, Merinder & Belgamwar, 2011 .

إدارة الحالة :

خلال الستينات تم إخراج عدد كبير من المرضى من المستشفيات في إشارة إلى عدم تكيفهم المؤسسي، ولم يعد كثير من المرضى يقيمون في المستشفيات، وبات من المحتم عليهم أن يهتموا بتوفير الخدمات الضرورية بأنفسهم، ونظرا لعدم توافر مستشفى مركزي لتقديم كافة الخدمات أصبح النظام الصحي العقلي صعبا، وفي عام 1977 وبسبب الخوف من عدم حصول العديد من المرضى على الخدمات، فقد وضع المعهد القومي للصحة العقلية برنامجا يقدم منحا للولايات في الولايات المتحدة من أجل مساعدة المرضى على التعايش مع نظام الصحة العقلية. وبعيدا عن هذا البرنامج، ظهر توصيف مهني جديد يختص بإدارة الصحة العقلية، وهو مدير الحالة Case Manager.

في البداية كان مديرو الحالة عبارة عن وسطاء لتقديم الخدمات، ونظرا إلى اعتيادهم على النظام، فقد كانت لديهم القدرة على تحقيق التواصل بين المرضى ومن يقيمون بتقديم الخدمة التي يحتاجها المرضى. بمرور الأعوام تم ابتكار العديد من النماذج المختلفة لإدارة الحالة. وقد كان الابتكار الرئيس هو معرفة أن مديري الحالة غالبا ما يطلب إليهم تقديم الخدمات الطبية المباشرة، وأن هذه الخدمات يمكن تقديمها على الوجه الأكمل من خلال فريق مختص بدلا من تقديمها عبر وساطة خارجية، فنموذج المعالجة الاجتماعية الجازمة The Assertive Community Treatment Stein & Test, 1980 . ونموذج الإدارة المركزة في المجتمع للحالة Intensive Case Management مثل العلاج. والعلاج من تعاطي العقاقير قد يساعد في التعامل مع عوامل الضغط أو مثيرات الضغط التي يواجهها المرضى بشكل منتظم مثل إدارة المال، والعلاج النفسي، والتدريب المهني، وتقديم المساعدة للمرضى في الحصول على مسكن ووظيفة، ويجتمع مديرو الحالة مع بعضهم، ويقومون بالتنسيق بين معدل الخدمات النفسية والدوائية التي يحتاجها مريض الفصام للحفاظ على عملها خارج المؤسسات مع وجود درجة من الاستقلالية وسلامة العقل Kopelwicz, et al., 2002 . إن كلا النموذجين يعدان حتى الآن جزءا من توصيات المعالجة النفسية وهذا دليل على فاعليتها Dixon et al., 2010 . وتوضح بعض

المؤشرات أن المعالجة المكثفة أفضل من الطرق الأقل تكثيفا فيما يتعلق بتقليل الوقت الذي يتم قضاؤه في المستشفى، تحسين الاستقرار الأسري والأعراض وتخفيفها Mueser, Bond . Drake & Resnick,1998

وحرصا على فاعلية هذا المنهج فلابد من توفير عدد كاف من مديري الحالات للمصابين بالفصام، وغالبا فإن ضغط العمل الواقع على هؤلاء المحترفين في مجال الصحة العقلية يكون كبيرا.

المعالجة المنزلية:

قد تكون المعالجة المنزلية أو ما يشار إليه بمصطلح "مساكن منتصف الطريق" "Halfway Houses" خيارا جيدا لمن لا يرغبون في البقاء المستشفى، ولكنهم غير قادرين على العيش بمفردهم أو حتى مع عائلاتهم، وهذه المساكن عبارة عن وحدات سكنية محمية ومؤمنة يتم إنشاؤها بشكل نموذجي في مناطق رسمية للإقامة والسكن، وفيها يعيش ويأكل المرضى الذين يخرجون من المستشفى ثم تتم إعادتهم تدريجيا إلى الحياة الاجتماعية العادية من خلال العمل في وظيفة لبعض الوقت، أو الذهاب إلى المدرسة. وكجزء مما يطلق عليه "إعادة التأهيل المهني" Vocational Rehabilitation، فإن هؤلاء المرضى يتعلمون مهارات مطلوبة في سوق العمل تساعدهم على الحصول على عمل، وبالتالي تزيد فرصهم في الاندماج في المجتمع والبقاء فيه. وربما تكون التنظيمات المعيشية غير منتظمة، إلا أن بعض المنازل تقيم مشروعات لجلب المال الذي يسهم في تدريب ودعم هؤلاء المرضى المقيمين.

ومن خلال الاعتماد على مدى اكتمال تسهيلات المعالجة المنزلية، يمكن لطاقم العمل أن يضم علماء نفسيين أو أطباء نفسيين أو كليهما معا، وغالبا ما يكون الصف الأول من أعضاء هذه الطاقم ممن لم يتخرجوا بعد من دارسي علم النفس، أو طلبة علم النفس الطبي أو العمل الاجتماعي، وهؤلاء يعيشون في المصحة أو دار الإقامة ويؤدون عملهم كمديرين من ناحية وكأصدقاء للمقيمين من ناحية أخرى. وتعتبر اجتماعات المجموعة التي يتحدث فيها المقيمون عن إحباط ويتعلمون إقامة علاقة مع الآخرين والارتباط بهم بطرق شريفة وبناءة من العادات اليومية.هناك العديد من هذه البرامج عبر الولايات المتحدة الأمريكية والتي ساعدت آلاف المرضى ممن كان معظمهم مصابا بالفصام على التكيف الاجتماعي والاندماج بشكل كاف لكي يكونوا قادرين على البقاء خارج المستشفى.

لا يمكن التقليل من الحاجة إلى معالجة منزلية فعالة في الولايات المتحدة الأمريكية، وخصوصا في ظل عدم التكيف في المستشفى الذي يستقبل عشرات الآلاف من المرضى ثم يخرجون من المستشفى. يحتاج مرضى الفصام إلى متابعة الخدمات المقدمة إليهم من المجتمع وهذا أمر نادر الحدوث. والحق أن نسبة كبيرة من الأشخاص المشردين ممن

لا مأوى لهم في الولايات المتحدة الأمريكية تعتبر مريضة عقليا ومنهم من يعانون الفصام. ففوائد الضمان الاجتماعي متوافرة للمصابين بالفصام، ولكن ما بالنا إن لم يكن لهم عنوان أو مأوى! في الغالب لن يتلقوا كل الفوائد التي هم في حاجة ماسة لها، وبالرغم من وجود برامج معالجة منزلية جيدة، إلا أن الموجود منها ليس كافيا.

إن التكامل بين العلاج والوظيفة مهم في إبقاء المصابين بالفصام بعيدا عن المستشفيات Koplowicz & Liberman, 1998 & Kopelowicz et al., 2002 ، وعلى سبيل المثال، بدأت الحكومة الأمريكية في إدراك أهمية الوظيفة من خلال السماح للناس أو الأشخاص الذين يعانون اختلالات عقلية مثل الفصام بالاستمرار في تلقي فوائد الأمن الاجتماعي حتى عامين، بينما هم يكسبون المال من الوظائف منخفضة العائد والتي يمكنها أن تزيد فرصهم في العيش بشكل مستقل أو على الأقل خارج حدود المستشفى، وهذا التغير الجيد في السياسة من السياسة التي كانت تقضي بتوقف هذه الفوائد بمجرد أن يبدأ الأشخاص في اكتساب المال تمثل إدراكا للآثار الضارة لقلة العمل أو عدم العمل، وعدم القدرة على العيش بأسلوب مستقل بدرجة معقولة.

لا يزال الحصول على وظيفة يمثل تحديا رئيسا وذلك بسبب التحيز ضد الأشخاص المصابين بالفصام. رغم أن القانون الأمريكي للإعاقات لعام 1990 يحظر على أصحاب العمل ويمنعهم من سؤال المتقدمين للعمل عما إذا كان لديهم تاريخ مع مرض عقلي خطير، إلا أن الأشخاص المصابين بالفصام ما يزالون يواجهون صعوبة في الحصول على وظيفة منتظمة وذلك لأن أعراضهم تدفع أصحاب العمل المنحازين بشكل سلبي إلى الخوف من قبولهم. وهناك أيضا عامل يتمثل في مقدار المهلة التي سيعطيها أصحاب العمل للأشخاص ينظرون إلى تفكيرهم وعواطفهم وسلوكهم عادة على أنه غير ملائم بدرجة ما.

وبالرغم من هذه الصعوبات إلا أن الاتجاه يبدو أنه لابد من القيام بأي شيء ضروري من أجل مساعدة الأشخاص في العمل وفي الحياة بأسلوب مستقل بقدر ما تسمح به حالتهم العقلية والحركية Kopelowicz & Lieberman, 1998 . وسوف تكون هناك حاجة إلى تمويل إضافي من أجل إنشاء تسهيلات المعالجة المنزلية على أمل تقليل عدد المرضى بالفصام الذين يعتبرون بدون علاج.

الملخص:

الوصف السريري:

- تشمل أعراض الفصام اضطرابات عديدة في العديد من المناطق الرئيسة، بما فيها التفكير، والإدراك، والانتباه، والسلوك الحركي والتأثر، والعمل في الحياة، وقد تم تقييم العمل من الناحية النموذجية إلى أعراض أو إلى فئة الأعراض السلبية،

والإيجابية، وغير المنتظمة. وتشمل الأعراض الإيجابية، التجاوزات والتشوهات مثل الضلالات والهلاوس، أما الأعراض السلبية فإنها تتمثل في العيوب السلوكية، مثل انخفاض التأثر العاطفي، وانعدام الإرادة، أو فقر التعبير اللفظي، وعدم الإحساس باللذة. وأما الأعراض غير المنتظمة فإنها تشمل الخلل اللفظي والسلوكي. أما الأعراض الحركية فتشمل الجمود العضلي.

- حذف الدليل التشخيصي في إصداره الخامس الأنماط الفرعية من الفصام نظرا لعدم جدواها وضعف قدراتها التنبؤية.
- ومن بين أنماط الاضطراب الفصامي التي وردت في الدليل التشخيصي في إصداره الخامس: الاضطراب فصامي الشكل، والاضطراب الذهاني الخفيف، والاضطراب الفصامي العاطفي، وقد أضاف الإصدار الخامس تصنيفا جديدا هو المتلازمة الذهانية في القسم الثالث وهو حالة تحتاج إلى المزيد من الدراسة، وهناك بعض الجدل حول إدراج هذا التصنيف أو حذفه.

الأسباب:

- يعتبر الدليل على انتقال الفصام عبر الجينات أو الانتقال الوراثي للفصام دليلا دامغا، فتشير دراسات العائلة والتوائم إلى أن هناك دورا للعنصر الجيني، وتوضح دراسات التبني وجود علاقة قوية بين وجود أحد الأبوين مصابا بالفصام وبين احتمال تطور الاضطراب بشكل نموذجي في مرحلة البلوغ المبكر. بينما مازالت الدراسات الوراثية الفردية في حاجة إلى تكراره، وتشير أكثر النتائج حتى الآن إلى ارتباط جينات مثل BDNF, DTNBPI، NGRL، COMT بحدوث الفصام، ووجدت الدراسات الجينومية الموسعة أن هناك نشاطا جينيا يتمثل فيما يطلق عليه استنساخ عدد من المتغيرات الجينية يرتبط بحدوث الفصام.
- تتضمن النزعة الوراثية المسبقة لتطور الفصام قد تحتوي على ناقلات عصبية. ومن الواضح أن الحساسية المفرطة لمستقبلات الدوبامين في المخ مرتبطة بالأعراض الإيجابية للفصام. وقد تنتج الأعراض السلبية عن قلة نشاط الدوبامين في قشرة المخ الأمامية. كما أنها ترتبط ببعض النواقل العصبية مثل السيروتونين والجلوتيمات والجابا BABA.
- يتضمن مخ بعض المرضى المصابين بالفصام تجاويف موسعة ومشكلات في القشرة الأمامية ومشكلات في القشرة الدماغية المؤقتة والمناطق المحيطة به، وبعض من هذه الاضطرابات الهيكلية قد تنتج عن العدوى خلال الثلث الأول من فترة الحمل أو من خلال تلف أو تشوه أثناء الولادة المتعسرة. إن تكوين المخ خلال فترة البلوغ، والضغط النفسي، ومنطقة HPA، جميعها نقاط مهمة تساعدنا على فهم السبب في

ظهور الأعراض خلال مرحلة متقدمة من البلوغ حتى وإن كان هناك ضرر بالمخ خلال مرحلة التكوين، ويرتبط القنب المخدر بمخاطرة بالغة فيما يتعلق بالإصابة بالفصام، خاصة لدى من لديهم ميل جيني للإصابة بالاضطراب.

- يتم تشخيص الفصام بشكل متزايد على الأشخاص ذوي الحالة المتدنية من الناحية الاقتصادية الاجتماعية، وذلك بشكل واضح بسبب أن تدني وتدهور الحركة الاجتماعية ينشأ عن الاضطراب. إن المستويات العالية من المشاعر المعبر عنها وتزايد ضغوط الحياة هي من أهم أسباب حدوث الانتكاسات، حددت الدراسات التطورية المشاكل التي حدثت في الطفولة، والتي كانت موجودة قبل بداية ظهور الفصام. ولكن هذه الدراسات لم تكن مصممة للتنبؤ بالفصام، لذلك كان من الصعب تفسير نتائجها. أوضحت الدراسات السريرية لتحديد المخاطر المرتفعة أن الشباب الذين تظهر عليهم أعراض متوسطة تكون مخاطر إصابتهم بالفصام أعلى من غيرهم.

العلاج:

- استخدمت العقاقير المضادة للذهان خاصة الفينوثيازين Phenothiazine، وجرت العادة على استخدامها في علاج الفصام منذ الخمسينيات من القرن العشرين، وتعتبر عقاقير الجيل الأول من العقاقير المضادة للذهان، مثل -Clozapine، Risperiden، فعالة لكنها تؤدي إلى آثار جانبية خطرة. أما عقاقير الجيل الثاني من العقاقير المضادة للذهان مثل clozapine, risperidone فلها نفس فاعلية عقاقير الجيل الأول لكن لها آثارها الجانبية الخاصة بها، ولا تعد العقاقير وحدها وسيلة فعالة في العلاج، إذ إن مرضى الفصام يحتاجون إلى أن يتعلموا أو يعاد تعليمهم طرق التعامل مع تحديات الحياة اليومية.
- تهدف المعالجة الأسرية إلى خفض المستويات العالية من العاطفة المعبرة، واتضح فاعليتها في منع الانتكاسة. وبالإضافة إلى ذلك فإن التدريب على المهارات الاجتماعية والمعالجات المعرفية السلوكية الأخرى ساعدت المرضى على مواجهة الضغوط التي لا مفر من مواجهتها والتي تنشأ في العائلة أو المجتمع، وتبذل حاليا جهود لتغيير نظرة الناس تجاه الفصام من خلال العلاج السلوكي المعرفي والذي أوضح نتائج واعدة. ويركز العلاج المعرفي على تحسين المهارات المعرفية، وظهرت فاعليتها في بعض الأمور مثل الذاكرة والانتباه وحل المشكلات، وارتبطت أيضا بتحسين الوظائف والأنشطة اليومية.

الفصل العاشر

اضطرابات تعاطي المواد

10

الفصل العاشر

اضطرابات تعاطي المواد

ترجمة

د/ فاطمة سلامة عياد

الأهداف التعليمية ... أن تكون قادرًا على:

1- وصف الأمراض والأعراض المرتبطة باضطرابات تعاطي المواد.

2- فهم العوامل المسببة للاضطرابات تعاطي المواد، ومنها العوامل الجينية، والعوامل العصبية البيولوجية، وتأثيرات التوقع والمزاج، والعوامل الاجتماعية الثقافة.

3- فهم طرق علاج الاضطرابات التعاطي المواد، وتشمل العلاجات النفسية، والأدوية، وعلاجات بالعقاقير البديلة.

4- وصف الطرق الرئيسة لمنع الاضطرابات وتعاطي المواد.

استخدمت الشعوب المواد المختلفة علي أمل التخفيف من الألم الجسمي أو تغيير حالات الوعي لعدة قرون. فأغلب الأفراد تقريبا يستخدمون واحدة أو أكثر من المواد المؤثرة في الجهاز العصبي المركزي، لتخفيف الكرب الجسمي والنفسي أو لتوليد حالة من الشعور بالنشوة والانشراح. وبالرغم من النتائج الخطيرة على الجسم المترتبة على تعاطي مثل تلك المواد، فإن تأثيراتها المبدئية تكون سارة في العادة، وهو عامل ربما يكون كامنا في جذور الاضطرابات المرتبطة بالمواد.

الأوصاف الإكلينيكية للاضطرابات المرتبطة بالمواد وانتشارها، وآثارها:

الولايات المتحدة هي ثقافة المخدرات. فالأمريكيون يتعاطون المواد من أجل "زيادة انتباههم" سواء أكانت قهوة أو شاي أو ليظلوا متيقظين طوال اليوم السجاير، والمشروبات الخفيفة أو المرطبات ، أو كوسيلة للاسترخاء الكحول ، وكذلك لتخفيف الألم الأسبرين . كما أن التوافر واسع النطاق والاستخدام المتكرر لمختلف أنوع المواد يمهد الطريق لاحتمال إساءة استخدام هذه المواد، وهو الموضوع الخاص بالفصل الراهن.

ففي عام 2009، كان هناك ما يقرب من 21.8 بليون فرد تزيد أعمارهم على 12 سنة بالولايات المتحدة ممن استخدموا نوعا من المواد غير المشروعة خلال الشهر الماضي Substance Abuse and Mental Health Services Administration SAMHSA , 2010 ، بالإضافة إلى أكثر من 130 مليون من الأمريكيين ممن تزيد أعمارهم على 12 عاما قد سجلوا أنهم يستخدمون نوعا من أنواع الكحول، وأن 59.6 مليون أمريكي قالوا إنهم قد تعرضوا لنوبة واحدة على الأقل من السُكِر ويتم معرفة ذلك من خلال تناول خمسة

كؤوس أو أكثر من تنول الكحول خلال الثلاثين يوما الماضية SAMHSA, 2010 . وثمة بيانات حديثة حول تكرار استخدام عدد من المواد، سواء أكانت مشروعة أو غير مشروعة، موضحة في جدول 10-1 . وهذه الأرقام لا تمثل تكرار التعاطي أو الاعتماد، ولكنها تقدم إشارة بسيطة إلى شيوع وانتشار استخدام المواد في الولايات المتحدة.

يعد استخدام المواد بين المراهقين أمرًا منتشرًا بشكل خطير، فنسبة المراهقين أعمارهم ما بين 12-17 الذين إذ جربوا إحدى المواد غير المشروعة زادت ما بين عام 2008 و2009 من نسبة 9.3 إلى نسبة 10 في المائة SAMHSA, 2010 . ففي عام 2009، ذكر أن نسبة تناول الكحول لدى المراهقين من أعمار 12 إلى 13 كانت 3.5 في المائة، و13 في المائة عند المراهقين من أعمارهم 13 أو 14 سنة، و26.3 في المائة لدى من عمرهم 16 أو 17 سنة.

جدول 10-1 النسبة المئوية لسكان الولايات المتحدة الأمريكية الذين سجلوا استخدام مواد في الشهر الماضي لعام 2009 :

المواد	نسبة تسجيل الاستخدام
الكحوليات	50.9
السجائر	27.7
الماريجوانا	6.6
مواد غير طبية للعلاج النفسي	2.8
الكوكايين	0.7
المهلوسات	0.5
المستنشقات	0.01

معايير الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطراب استخدام المادة:
نمط مشكلات الاستخدام التي تسبب خللا وظيفيا، لابد من عاملين أو أكثر خلال سنة :
- الفشل في الوفاء بالالتزامات.
- تكرار الاستخدام في مواقف تتسم بالخطورة الجسمية.
- تكرار مشكلات العلاقات.
- الاستمرار في الاستخدام بالرغم من المشكلات التي يسببها الاستخدام.
- التحمل.
- الانسحاب.
- تناول المادة لمدة أطول أو بكمية أكبر من المعتاد.
- عدم فعالية محاولات التقليل أو التحكم في الاستخدام.
- إهدار الكثير من الوقت في محاولة الحصول على المادة.
- التوقف أو التقليل من ممارسة الأنشطة الاجتماعية والترفيهية والمهنية أو التقليل منها.
- اللهفة أو الرغبة القوية craving في استخدام المواد.

قبل الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الخامس، كان ينقسم الاستخدام المرضى للمواد إلى فئتين اثنتين: سوء استخدام المواد substance abuse والاعتماد على المواد substance dependence. ومن استعراض التراث البحثي في إعداد الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الخامس نجد أن هناك عدة

مشكلات في تصنيف هاتين الفئتين. أولاً: انخفاض ثبات فئة سوء استخدام المواد انظر الفصل الثالث حول أهمية ثبات الفئات التشخيصية Schukit, Smith, Danko, et al., 2001 . ثانيًا: أغلب الأفراد الذين يخضعون لفئة سوء استخدام خاصة الكحول يعتقدون أنهم لم يصلوا إلى مرحلة الاعتماد أو الإدمان. ثالثًا: أشارت تحليلات الدليل التشخيصي والإحصائي أنها تقدم فئة واحدة فقط وليس اثنتين. لهذا نجد أن الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الخامس قد دمج الفئتين في فئة اضطراب استخدام المواد substance use disorder. وتظهر هذه الفروق بين الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الرابع المعدل والدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الخامس في شكل 10-1 .

فكل من الدليلين الرابع المعدل والخامس يحتوى على فئات تشخيصية فرعية، تشمل الكحول alcohol، الإمفيتامينات amphetamine، القنب cannabis، الكوكايين cocaine، المهلوسات hallucinogens، المستنشقات inhalants، الأفيونيات opioids، فينسيكليدين hencyclidine، المهدئات sedatives/ المنومات hypnotics/ مزيلات القلق anxiolytics، تبغ tobacco.

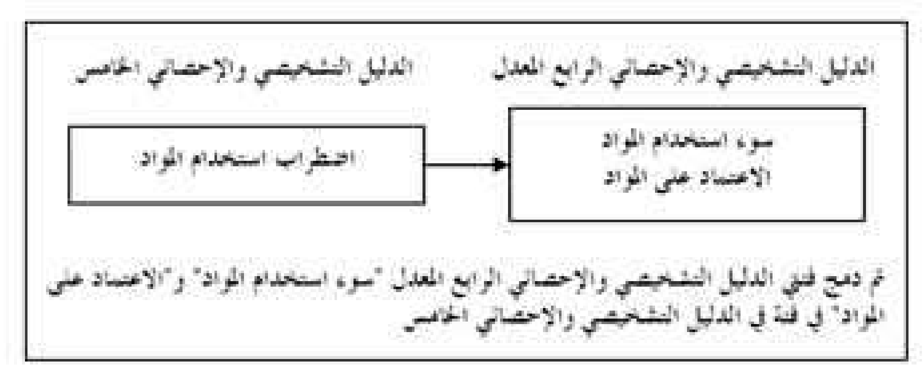
حالة إكلينيكية: أليس Alice

"أليس" عمرها 54 سنة، وتعيش بمفردها عندما أقنعتها أسرتها بضرورة الالتحاق في عيادة إعادة التأهيل للكحول. حيث وقعت بشكل سيىء وهي في حالة السُكر، ويُعد هذا الحدث هو الذي جعلها تعترف بوجود شئ خاطئ. فقد كانت تتناول الكحوليات بشكل يفوق حد السيطرة لسنوات عديدة. وذكرت أنها تشرب الكحول يوميًا كل صباح، بحيث تصبح مخمورة تمامًا في فترة الظهيرة. ونادرًا ما تتذكر الأحداث بعد ظهر أي يوم. وقد تسبب الموت المفاجئ لزوجها في حادث سيارة منذ عامين في زيادة معدل تناول الكحوليات، وخلال ستة أشهر أصبح لديها إدمان شديد للكحول. وعدم رغبة في الخروج من منزلها، وتوقفت عن أنشطتها الاجتماعية مع الأسرة والأصدقاء. وكانت تقابل الجهود المتكررة من قبل أسرتها للحد من تناول الكحول بنوبات غضب شديدة.

ويشير الإدمان Addiction التي تتصف بأعراض معددة، والتحمل، والانسحاب، واستخدام المواد بشكل يزيد عن المقصود، والفشل في محاولات التوقف بشكل يزيد عن المستهدف، مع محاولات التوقف، وتفاقم المشكلات الجسمية أو النفسية باستخدام المواد، والتعرض لمشكلات في العمل أو مع الأصدقاء. ففي الدليل التشخيصي

والإحصائي الخامس تم وضع خمس أو ست فئات تشخيصية لوصف اضطراب استخدام المواد الخطير.

أما التحمل Tolerance فيشير إلى إما أ تناول جرعات كبيرة من المادة لتؤدى التأثير المرغوب أو ب أن تصبح تأثيرات المادة قليلة بشكل واضح إذا تم تناول الكمية المعتادة. ويقصد بالانسحاب withdrawal الآثار السلبية الجسمية والنفسية التي تظهر عندما يتوقف الفرد عن تعاطي المادة أو يقلل من الكمية التي يتم تعاطيها. وتشمل أعراض انسحاب المادة آلام العضلات، وارتعاشا، والتعرق، والتقيؤ، والإسهال، والأرق. وبوجه عام، يرتبط الاعتماد الجسمي على المواد بمشكلات شديدة الخطورة Schuckit, Daeppen, Tipp, et al., 1998 .



شكل 10-1 تشخيصات استخدام مواد واضطرابات الإدمان

في عام 2009، هناك ما يزيد علي 22 مليون فرد في الولايات المتحدة الأمريكية تنطبق عليهم المعايير التشخيصية لاضطراب استخدام المواد. وتمثل الغالبية العظمي فوق 15 مليونا منهم المعايير التشخيصية الخاصة باضطراب استخدام الكحوليات. وأن ما يقارب 4 ملايين فرد قد انطبقت عليهم المعايير الخاصة باستخدام الأدوية، وثلاثة ملايين أخري قد انطبقت عليهم المعايير الخاصة باضطرابات استخدام كل من الكحول والأدوية SAMHSA, 2010 .

وتعد اضطرابات استخدام الكحول والمواد من أصعب الاضطرابات وصمة. فكلمات مثل "مدمن" أو "كحولى" توصم باللامبالاة، وكأن هذه الكلمات تصف الأفراد وليس الاضطراب الذي يعانونه. ومن الناحية التاريخية، كان ينظر إلى المشكلات المرتبطة باضطرابات استخدام الكحول والمواد على أنها انتكاسات أخلاقية وليس حالات مرضية في حاجة إلى علاج، ومن المؤسف أن هذه النظرة للاختزال مستمرة حتى يومنا هذا، غير أن ثمة دليلا قويا يشير إلى أن الاعتماد على المواد أو الكحول لا يُعد في الواقع اختيارا

فرديا، بل هو قرار يتم اتخاذه في ظل التفاعل مع الجانب العصبي للفرد، ووسطه الاجتماعي، والعوامل الثقافية والبيئية، وبالتالي تتضافر كلها لتخلق حالة الاعتماد، فهذه العوامل تضع بعض الأفراد في خطر الاستهداف للتعرض للاعتماد على مادة بدرجة أكبر مقارنة بالآخرين، ومن الخطأ اعتبار أن اضطرابات تعاطي المواد هي وحدها التي تمثل النتيجة المترتبة على السقوط والتردي الأخلاقي أو الاختيار الفردي، كذلك من الخطأ أيضًا النظر إلى أولئك الأفراد المعتمدين على المواد أو الكحول على أنهم لا يسعون إلى تغيير مسار اضطرارهم، فالعلاج والتغيير السلوكي يمكن أن يفيد مع هذه الفئة إلى حد كبير كما يحدث بالنسبة للاضطرابات الطبية مثل مرض السكر، حيث يقوم المرضى بتغيير مسار مرضهم بأخذ الأنسولين والتحكم في النظام الغذائي.

ونتجه الآن إلى إلقاء نظرة على الأنواع الرئيسة من اضطرابات استخدام المواد، وهى تشمل الكحول، والنيكوتين، والماريجوانا، والأفيونيات، والمنشطات، والمهلوسات.

اضطراب استخدام الكحول Alcohol Use Disorder :

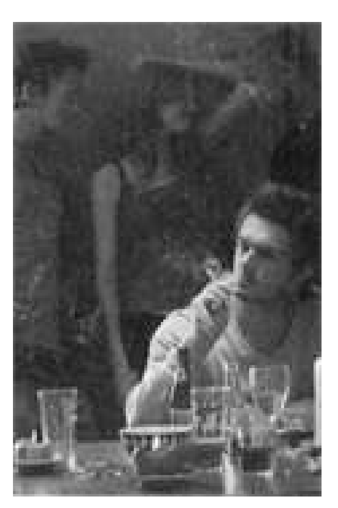
يشيع مصطلح "الكحولية" alcoholic بشكل مألوف لدى معظم الأفراد، إلا أنه لا يكون معنى دقيقا. فالأفراد بوجه عام الذين يعتمدون جسميًا على الكحول يعانون بشكل خطير أعراض التحمل أو الانسحاب مقارنة بالأفراد الذين لا يعتمدون على الكحول Schuckit et al., 1998 . فتأثيرات الانسحاب للأفراد المفرطين في تناول الكحول قد تكون شديدة بدرجة واضحة، وذلك لأن الجسم أصبح معتاد الكحول. وبوجه خاص فالفرد يشعر بالقلق، والاكتئاب، والضعف، والضيق الصدر، وعدم القدرة على النوم. كما يحدث ارتعاشات عضلية خاصة في الأصابع، والوجه، والجفون، والشفتين، واللسان، ويلاحظ زيادة كل من النبض، وضغط الدم، ودرجة الحرارة.



يظهر النقش صورة حية من الهذيان الرعاش في مشهد مسرحي

في حالات نادرة نسبيًا، يصاب الأفراد المفرطون في تناول الكحول لعدة سنوات بالهذيان الارتعاشى DTS delirium tremens DTs عند انخفاض مستوى الكحول في

الدم بشكل فجائي. فالفرد يصبح هـذيانيا وكـذلك يـرتعش، ولديـه هـلاوس في الأسـاس تكـون بصرية، ولكن في بعض الأحيان تكـون لمسـية. حيـث يشـعر الفـرد بزحـف مخلوقـات كريهـة ومتحركـة للغايـة - مثـل الثعابين والصراصير والعناكـب - عـلى جـدار غرفتـه أو عـلى جسمه أو تملأ حجرته، مما يصبح مشوشًا، ومرعوبًا.



يشمل سوء الاستخدام المتعدد للمواد على إساءة استخدام عقاقير متعددة. ويعد كل من الكحول والنيكوتين مزيجا متكررا، بالرغم من أن معظم الأفراد الذين يدخنون ويتناولون الكحول في المناسبات الاجتماعية لا يشعرون بمشكلات هذه المواد

وبالرغم من التغيرات الحادثة في إنزيمات الكبد نتيجـة أيض الكحـول يمكـن أن تسـبب حالـة التحمـل بدرجـة مـا. كذلك تشـير البحـوث إلى أن الجهـاز العصبـي المركـزي هـو المسئول، بالإضافة إلى مـا وجدتـه بعـض الدراسـات مـن أن التغـــيرات في عـــدد أو حساســـية GABA أو مســـتقبلات جلوتمـات Tasi, Rangan, Chang, et al., 1998p . وتحدث أعراض الانسحاب لزيادة نشاط المسارات العصـبية كرد فعل لخفض الكحول وتأثيرات المخ.

فاضطراب اسـتخدام الكحـول يُعـد جـزءًا مـما يسـمي بسوء الاستخدام المتعدد للعقـاقير polydrug abuse، وهـو استخدام أكثر من عقار في المـرة الواحـدة، فهنـاك تقـديرات على سبيل المثال تقول بـأن ثمـة حـوالي 80 إلى 85 في المائـة مـن متعـاطي الكحـول هـم مـن المـدخنين، ويحـدث هـذا الارتفـاع في الـترابط لأن الكحـول والنيكـوتين يتسـمان بالتحمـل الشـامل cross-tolerant، أي أن النيكـوتين يـؤدي إلى زيـادة التحمل للحصول على التأثيرات الإيجابية للكحول، والعكـس صـحيح، ومـن ثـم فـإن اسـتهلاك الكحول والنيكوتين يزيد من الحفاظ على التأثيرات الإيجابية لهما Rose, Braner, Behm, et al., 2004 .

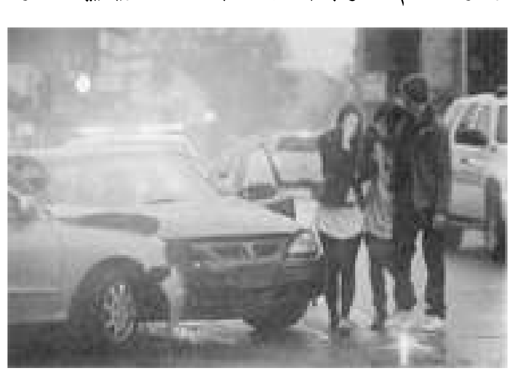
انتشار وتكلفة سوء استخدام الكحول والاعتماد: في إحدى الدراسات الوبائية الحديثـة في الولايات المتحدة، والتي أجريت في عام 2001-2002 للمسح القومي الوبائي للكحول وما يتصل به، فقد قدرت معدلات انتشار الاعتماد على الكحول طبقًا للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع بأنها أكثر مـن 12 في المائـة، بيـنما معـدلات انتشـار اسـتخدام الكحـول أكـثر مـن 17 في المائـة Hasin, Stinson, Ogburn, & Grant, 2007 . وبسـبب أن تشـخيص اضـطراب اسـتخدام الكحول يُعد حديثا في الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس، لم تجر حتى هذا الوقت دراسات حديثة لتقدير نسب الانتشار.

ويتزايد معدلات استخدام الكحول بصفة خاصة بين البالغين في سن الجامعة، ويعد ذلك عندما يصبح البالغ نهمًا في الشراب binge drinking، وهو ما تم تحديده بتناول خمس كئوس في مناسبة واحدة في فترة زمنية صغيرة خلال ساعة على سبيل المثال ، بينما يكون مفرطًا في الشراب heavy-use drinking عندما يتناول البالغ خمس كئوس في مناسبة واحدة لمدة خمس مرات أو أكثر في فترة قدرها 30 يوما. وكانت معدلات النهم في الشراب بين طلبة الجامعة الذكور والإناث 43.5%، بينما معدلات الإفراط في الشراب 16% عام 2009 . SAMHSA, 2010

ويترتب على نهم الشراب عواقب خطيرة، حيث تشير التقديرات إلى أن عددا كبيرا يقدر بحوالي 1800 طالب من طلبة الكليات يموتون كل عام في حوادث لها علاقة بالكحول على سبيل المثال، القيادة تحت تأثير الشراب، والتسمم ، كما أن هناك 700 ألف آخرين يتم الاعتداء عليهم من جانب طلبة في حالة سُكر، ويقدر بحوالي 70 ألف طالب يتعرضون لاعتداءات جنسية . Hingson, Edwards, Heeren, & Rosenbloom, 2009

يُعد الذكور أكثر تعرضًا للمشكلات المرتبطة بالكحول مقارنة بالإناث، بالرغم من أن الفروق بين الجنسين انخفضت خلال العشرين سنة الماضية، ربما ناتجًا عن حدوث تغيرات في الاتجاهات نحو الإناث والكحول. حيث لم يصبح هناك وصمة اتجاه السيدات التي تتناول الكحول. وتبدأ السيدات في تناول الكحول متأخرة في العمر مقارنة بالذكور، ولكنها تصبح معتمدة جسميًا سريعًا مثل الذكور Keyes, Martins, Blanco, & Hasin, 2010 .

ويختلف انتشار المشكلات الناجمة عن الكحول باختلاف الانتماء العرقي وكذلك مستوى التعليم. فالأفراد المراهقون البيض والبالغون معرضون لنهم الشراب بدرجة أكبر من الأمريكيين السود من المراهقين والبالغين، وتنخفض معدلات النهم والإفراط في الشراب بشكل كبير بين الأمريكيين الآسيويين SAMHSA, 2010 . وباستخدام الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل وجد أن الاعتماد على الكحول ينتشر بشكل واسع بين الأمريكيين الأصليين والإسبانيين، وأقل انتشارًا بين الأمريكيين الآسيويين والأمريكيين الأفارقة Smith, Stinson, Dawson, et al., 2006 .



يتسبب الكحول في انتشار حوادث المركبات

ويتزامن اضطرابات استخدام الكحول مع اضطرابات الشخصية المتعددة، واضطرابات المزاج، واضطرابات القلق والفصام بالإضافة إلى استخدام مواد أخرى Kessler, Crum, Warner, et al., 1997; Langen-bucher, Labouvie, Morgenstern, et al., 1997; Skinstad & Swain, 2001 . وطبقًا للبيانات الصادرة عن إدارة سوء استخدام المواد وخدمات الصحة العقلية 2004 فإن 21,3% ممن يعانون الاعتماد على الكحول أو المواد يصابون أيضًا بواحد على الأقل من الاضطرابات الأخرى.

وقدر الإنفاق على الرعاية الصحية للأفراد الذين يعتمدون على الكحول بأنها أكثر من 26 بليون دولار خلال السنوات العشر الماضية NIAAA, 2001 . وهي تكاليف عالية بشكل كبير. وتمثل الوفيات المرورية الناجمة عن تعاطي الكحول مشكلة خطيرة، وأعلى استهدافًا للسائقين من صغار السن. وخلال الجهود والحملات الثقافية لتنشيط قانون مثل أمهات ضد القيادة وهن في حالة سُكر، لوحظ تحسن الموقف. حيث انخفضت الوفيات المرورية المرتبطة بالكحول طبقًا لتركيز الكحول في الدم لأكثر من 0.8 من 13.582 عام 2005 إلى 10.839 عام 2009. وبالتالي انخفض العدد الكلي للوفيات المرورية المرتبطة بالكحول من 43.510 إلى 33.808 . وهو ما يمثل حوالي وفاة ما يقرب من 4 بين كل 10 حالات وفاة بسبب المرور المرتبط بالكحول منذ عام 1994، وهذا يُعد أفضل عند مقارنته بعام 1982، حيث أكثر من نصف وفيات المرور ترجع لاضطرابات الكحول National Highway Transportation Safety Adminstation NHTSA , 2010 . كما جاءت نسبة الوفيات المرتبطة بالكحول لدى الذكور أكبر عند مقارنتهم بالإناث ما بين 1982 و2009، وأعلى نسبة الوفيات لتركيز الكحول في الدم إلى 0.8 بين البالغين التي تتراوح أعمارهم بين 21-24 سنة NHTSA, 2010 .

الآثار قصيرة المدى للكحول Short-Term Effects of Alcohol :

كيف يتسبب الكحول في حدوث مترتبات قصيرة المدى عليه؟ بعد ابتلاع الكحول ووصوله إلى المعدة، تبدأ الإنزيمات في أيضه تمثيله غذائيًا ويدخل معظمه إلى الأمعاء ويتم امتصاصه من الأمعاء إلى الدم. عندئذ يكون قد تم تحلله، حيث يستطيع الكبد في البداية أيض نصف أونصة أي حوالي 50 في المائة من الكحول في الساعة. أما الكميات التي تزيد على ذلك فتظل في مجرى الدم، فيتميز الكحول بامتصاصه السريع جدا، إلا أن إخراجه من الجسم دائما ما يكون بطيئا.

وتختلف تأثيرات الكحول تبعا لكل من مستوى تركيز الكحول في مجرى الدم، والذي يعتمد بدوره على الكمية التي يتم تناولها في فترة معينة من الوقت، ووجود طعام في المعدة فالطعام يحتجز الكحول ويقلل من معدل امتصاصه ، وطول الفرد ووزنه، وكفاءة الكبد، ومن ثم فإن 2 أونصة أوقية من الكحول سوف يكون لهما تأثير على فرد يزن

180 رطلا فرغ للتو من تناول طعامه يختلف عن تأثيرهما على سيدة تزن 110 أرطال ومعدتها خاوية، وبالرغم من ذلك، فإن السيدات يحققن تركيزات كحول في الدم أعلى حتى بعد إزالة الاختلافات الموجودة في وزن الجسم، الذي ربما يكون ناتجا عن الاختلافات في مكونات الجسم بين الرجال والنساء.

ومن الضروري أيضًا الأخذ في الاعتبار السؤال التالي: ما الكمية التي نعتبرها كشراب؟ 12-أوقية من كأس البيرة يتساوى مع 5 - أوقية من النبيذ، ومع 1.5 أوقية من الخمور الثقيلة، فكلها يتم اعتبارها كشراب. لذلك فحجم الكأس أو الشراب ليس هو الأساس، بل تركيز الكحول، انظر موقع "إعادة التفكير في الشراب" لمزيد من المعلومات http://rethinkingdrinking.niaaa.nih.gov .

ولأن تناول المشروبات الكحولية هو أمر مقبول في معظم المجتمعات، فإن الكحول نادرا ما ينظر إليه على أنه مخدر، وخصوصا من جانب الأفراد الذين يمارسون الشراب، ولكنه في الواقع يعد مخدرا، حيث إن له ما يطلق عليه "التأثير ثنائي الطور biphasic effect " فالتأثير الأول للكحول هو التنبيه، حيث يشعر الشارب شعورا كبيرا بالمخالطة الاجتماعية والسعادة، كلما ارتفع مستوى الكحول في دمه، ولكن بعد أن يصل مستوى الكحول في الدم إلى ذروته يبدأ الشعور بالهبوط، ويعمل كأداة للاكتئاب، وقد تعصف بالفرد موجة من العواطف السلبية، وتناول كميات كبيرة من الكحول يؤدى إلى صعوبات في عمليات التفكير المعقدة، ويتعارض مع التناسق الحركي، والتوازن والكلام، كما تتعرض الرؤية أيضا للضعف، وفى هذه المرحلة من السُكر يصاب بعض الأفراد بالاكتئاب والانسحاب، كما أن الكحول يمكن أن يقوم أيضا بتخفيف الألم، وإذا تم تناوله بكميات كبيرة فيمكن أن يؤدى إلى التخدير sedation والنوم بل وحتى الوفاة.

يحدث الكحول تأثيراته من خلال تفاعلاته مع العديد من الأنظمة العصبية في المخ، حيث إنه يقوم بتنشيط مستقبلات الـ GABA وهو ما قد يفسر قدرته على تخفيف الضغط أو التوتر حيث إن GABA هي موصل عصبي مثبط، والبنزوديازيبينات مثل الفاليوم لها تأثير على مستقبلات الـ GABA يشبه تأثير الكحول . كما أن الكحول يزيد من مستويات السيروتونين والدوبامين، وقد يكون ذلك هو سبب قدرته على إحداث تأثيرات النشوة واللذة، وأخيرا، فإن الكحول يثبط مستقبلات الجلوتامات، وهو ما قد يسبب التأثيرات المعرفية للسُكر بالكحول، مثل البطء في التفكير وفقدان الذاكرة.

وهناك دراسة حديثة قامت بفحص تأثيرات الكحول على كل من المخ والسلوك، وقد تم إعطاء المشاركين جرعات مختلفة من الكحول بينما يجرى جهاز الرنين المغناطيسي FMRI اختبارا مقلدا للقيادة Calhoun, Pekar, & Pearlson, 2004 ، أما الجرعة المنخفضة أن يكون محتوى الكحول في الدم 0.04 فقد أدت إلى ضعف بسيط في الأداء

الحركي، وأدت الجرعة العالية أن يكون محتوى الكحول في الدم 08، إلى حدوث ضعف كبير في الأداء الحركي يعوق القدرة على القيادة، بالإضافة إلى ذلك، فإن تأثيرات الكحول في المخ كانت في مناطق مصحوبة بأخطاء في التحكم واتخاذ القرارات، أي القشرة الأمامية المستديرة والليفية المقوسة الداخلية the anterior cingulate and orbitofrontal cortex، وهو ما أرشد الباحثين إلى أن الأفراد عند النسبة القانونية من الكحول قد يتخذون قرارات ضعيفة بشأن القيادة، ولا يدركون أنهم يرتكبون أخطاء.

الآثار طويلة المدى للكحول Long-Term Effects of Alcohol :

فكل نسيج وعضو تقريبا يتأثر بدرجات متفاوتة باستهلاك الكحول لفترات طويلة، على سبيل المثال، يوفر الكحول سعرات حرارية – فنصف لتر من المشروبات الكحولية التي فيها تركيزه 80 درجة توفر ما يقرب من نصف ما يتطلبه الجسم من سعرات حرارية في اليوم – ولذلك فإن الأفراد الذين يسرفون في شرب الكحول يقللون من مقدار السعرات التي يأكلونها. مما يتسبب في إصابتهم بسوء التغذية. كذلك يتسبب تناول الكحول في حدوث خلل هضم الغذاء وامتصاص الفيتامينات. فكبار السن من ذوي سوء استخدام الكحول المزمن يصابون بخلل ملحوظ في فيتامينات B المركبة المسببة لزملة فقدان الذاكرة amnestic memory syndrome، وهي فقدان شديد للذاكرة الحديثة والماضية للأحداث.

ويتسبب تناول الكحول بكثافة في خفض استهلاك البروتينات التي تؤدي إلى تطور التليف الكبدي، وهو مرض تحاط فيه الخلايا الكبدية بالدهون، وبالتالي يحدث قصور في أداء الخلايا أو قد تموت. ومع تطور المرض تحدث صعوبة في تدفق الدم داخل الكبد. فأمراض الكبد المزمنة والتليف تعد السبب الثاني عشر للوفيات في الولايات المتحدة، حيث تتسبب في وفاة حوالي 30.444 عام 2009 Kochanek, Xu, Murphy, et al., 2011 .

وتشمل التغييرات الشائعة الأخرى في الجسم بسبب تناول الكحوليات في خلل الغدد الصماء والبنكرياس، وفشل القلبي، وعدم القدرة على الانتصاب، وارتفاع ضغط الدم، والسكتة الدماغية، ونزيف الشعريات الدموية، التي تعتبر مسئولة عن تورم واحمرار الوجه - وخصوصا الأنف - لدى من يسيئون استخدام الكحول بشكل مزمن. ويرتبط الإفراط المزمن في تناول الكحول مع حدوث خلل ملحوظ في العديد من مناطق المخ، التي يرتكز دورها الأساسي في وظائف الذاكرة.

ويعد الاستهلاك الكثيف للكحول للسيدة الحامل من الأسباب البارزة والمعروفة للإعاقة الذهنية، حيث يتباطأ نمو الجنين، وينتج عن ذلك تشوهات في الجمجمة والوجه والأعضاء، وهي الحالة المعروفة باسم متلازمة الكحول الجنينية Fetal alcohol syndrome FAS ، وحتى التناول المتوسط للكحول قد تكون له آثاره على الجنين - إن كان أقل حدة من التشوهات - غير مرغوبة، وهو ما دعا المعهد القومي لسوء استخدام

الكحول والكحوليين إلى إصدار توصياته بالامتناع التام عن تناول الكحول أثناء فترة الحمل ليمر الحمل بأقصى درجة من الأمان، وقد كشفت الأبحاث التي تم إجراؤها مع أطفال لا تظهر عليهم متلازمة الكحول الجنيني، FAS غير أن أمهاتهم كن يحتسين الكحول بشكل معتدل حوالي كأس واحدة في اليوم أثناء الثلاثة شهور الأولى من الحمل، كشفت هذه الدراسات عن أن هؤلاء الأطفال يعانون مظاهر ضعف في التعلم وفي الذاكرة . Willford, Richardson, Leech, et al., 2004 كما ظهرت عليهم مشاكل في النمو كأن تكون الرأس أصغر حجما أو يكونون ذوي أطوال وأوزان منخفضة، وذلك عند بلوغهم سن الرابعة عشرة Day, Leech, Richardson, et al., 2004 . وقد بدأت الأبحاث في الكشف عن السؤال المُحير والمتمثل في لماذا لا تظهر أية مشكلات على بعض الأطفال الذين تعرضوا للكحول، في حين أن البعض الآخر تظهر عليه مشكلات خطيرة؟، فمثلا، عند بلوغ ستة أشهر من العمر، قد تظهر على الأطفال الذين تعرضوا للكحول قبل الحمل مشكلات في الانتباه من شأنها أن تسهم في ظهور مشكلات معرفية أخرى في وقت لاحق من الطفولة Kable & Coles, 2004 . غير أنه ليس كل الأخبار سيئة، فمنها ما هو باعث على السرور، من ذلك أن دراسة بحثية تم إجراؤها على الحيوانات أظهرت أن بعض المشكلات المصاحبة للتعرض للكحول قبل الولادة مثل صعوبات التعلم وضعف الذاكرة يمكن معالجتها Klintsova, Scamra, Hoffman, et al., 2002 ، كما أن دراسات العلاج التي يتم إجراؤها مع الأطفال في طريقها الآن لكشف ما إذا كان التدريب المعرفي في وسعه أن يعالج بعض المشكلات المصاحبة للتعرض للكحول قبل الولادة أم لا، فضلا عن أن هناك أبحاثا تشير إلى أن مشاكل النمو المصاحبة للتعرض للكحول قبل الولادة يمكن تخفيفها إذا نشأ الأطفال في بيئة تتمتع بقدر أكبر من الصحية والاستقرار، وهو ما يشير إلى أن الآثار البيولوجية للتعرض للكحول في فترة مبكرة تتأثر بالظروف البيئية Day & Richardson 2004 .



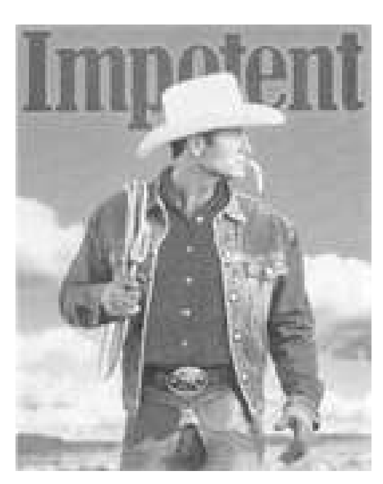
يسبب الإفراط في تناول الخمور أثناء الحمل زملة الكحول الجنينية. حيث يعاني الأطفال في هذا الاضطراب شذوذ الوجه والتأخر العقلي.

وبالرغم من أنه من المناسب والدقيق في هذا الصدد أن نركز على الآثار الضارة للكحول، إلا أن هناك أدلة تشير إلى وجود فوائد صحية فعالة لبعض الأفراد، إذ إن تناول

الكحول أثناء الليل وبصفة خاصة شرب النبيذ الأحمر قد ارتبط بالتقليل من خطر الإصابة بمرض القلب التاجي Coronary heart disease والجلطة Stroke Kloner & Rezkalla, 2007; Sacco, Elkind, Beden-Albala, et al., 1999; Theobald, Bygren, Cartensen, et al., 2000 . فإذا كان لتناول الكحول تأثير مفيد، سيظهر ذلك في الجانب الفسيولوجي منها على سبيل المثال يزيد من تدفق الدم في الشريان التاجي أو الجانب النفسي يقلل من نمط حياة في القيادة ويقلص العداء . بالإضافة إلى ذلك افترض بعض الباحثين أن الاستهلاك المنخفض أو المتوسط في تناول النبيذ الأحمر قد يقلل من مستويات ما يسمي بالكولسترول السيىء bad cholesterol، ويزيد ما يسمي بالكولسترول الجيد good cholestrerol في الدم . Kloner & Rezkalla, 2007; Powers, Saultz, & Hamilton, 2007

اضطراب استخدام الطباق التبغ Tobacoo Use Disorder :

لم يكد يمر وقت طويل على أول صفقة تجارية عقدها "كولومبوس" Columbus مع الأمريكيين الأصليين، حتى بدأ البحارة والتجار في تقليد الأمريكيين الأصليين في تدخينهم لأوراق التبغ الملفوفة، وهو ما نتج عنه أنهم قد تعودوا عليه بشكل لا يحتمل، وأصبحوا أكثر تلهفا عليه، فإذا لم يتم تناول التبغ أو الطباق عن طريق التدخين، كانوا يتناولونه عن طريق المضغ أو مطحونا إلى أجزاء صغيرة ويتم استنشاقه مثل المسحوق. والنيكوتين Nicotine هو المادة المسببة للإدمان في التبغ، فالمسارات العصبية التي تصبح نشطة تقوم بتنبيه أعصاب الدوبامين في منطقة الجوف الأوسط Mesolembic area والتي يعتقد أنها تشترك في إحداث التأثيرات المدعمة لمعظم المواد Stein,t . Pankiewicz, Harsch, et al., 1998



تضيف حملة إعلانات التبغ في ولاية كاليفورنيا المخاطر الصحية المرتبطة بالتدخين

انتشار التدخين والنتائج الصحية المترتبة عليه :

إن التهديد الذي يمثله التدخين على الصحة قد وثقه مكتب الجراحة العامة the Surgeon General للولايات المتحدة الأمريكية عن اقتناع، وذلك في سلسلة من التقارير صدرت منذ عام 1964، فهناك ما يزيد على 440 ألف أمريكي يستخدمون التبغ يموتون في سن مبكرة كل عام National Center for Chronic Disease Prevention and

Health Promotion, 2010 . فتدخين السجائر مسئول بشكل أو بآخر عن حالة وفاة من بين كل ست حالات وفاة تحدث في الولايات المتحدة الأمريكية، إذ إن التدخين يقتل ما يزيد على 1100 فرد يوميا، ويظل التدخين هو السبب الوحيد بل هو أحد أكثر أسباب الوفاة المبكرة التي يمكن الوقاية منها في الولايات المتحدة الأمريكية وفي أماكن أخرى من العالم أيضا. كذلك يسبب سرطان الرئة وفاة الكثير مقارنة بأنواع السرطان الأخرى، ويُعد تدخين السجائر السبب الرئيس للإصابة بمرض سرطان الرئة بنسبة تصل إلى 87 في المائة.

ومن بين المشاكل الطبية الأخرى المصاحبة لتدخين السجائر على المدى الطويل، والتي من المؤكد تقريبا أن تكون ناتجة عنه أو متفاقمة بسببه، منها: انتفاخ الرئة Emphysema، وسرطان الحنجرة Larynx وسرطان المرئ Esophagus، وسرطان البنكرياس Pancreas، وسرطان المثانة Bladder، وسرطان عنق الرحم Cervix، وسرطان المعدة Stomach، وحدوث مضاعفات أثناء الحمل، ومتلازمة الموت المفاجئ للرضيع، والتهاب الغشاء البريتوني Periodontitis، بالإضافة إلى عدد من اضطرابات الأوعية الدموية U.S. Department of Health and Human Sources USDHHS , 2004 . وعلى الأرجح فإن العناصر الضارة الناجمة عن حرق التبغ هي النيكوتين، وأول أكسيد الكربون، والقطران، وهي تتكون في الأساس من بعض الهيدروكربونات، والمعروف كثير منها بالمسرطنات carcinogens Jaffe, 1985 .



يزيد تدخين الآباء بشكل كبير في فرص بداية تدخين الأبناء

ففي عام 2009، يستخدم حوالي ما يقرب من 70 مليون فرد في الولايات المتحدة منتجات التبغ السجائر، والسيجار، والتبغ غير المدخن Smokeless Tobacco، والبايب pipe ، منهم حوالي 58 مليون فردًا يدخنون السجاير. فتدخين السجائر بين صغار السن من 12 حتى 17 قد انخفض بنسبة 13 في المائة لدى هذه المجموعة في عام 2002 إلى أقل من 9 في المائة عام 2009. وينتشر التدخين بين المراهقين البيض والإسبانيين أكثر مقارنة بالمراهقين من الأمريكيين السود. وانخفضت معدلات التدخين بين صغار السن من 12 حتى 17 عاما بين الأمريكيين الأصليين لحوالي فوق النصف من 18.9 في المائة إلى 11.6 في المائة . وبصفة عامة، فإن التدخين يعد أكثر انتشارا بين الرجال عنه بين النساء. بالرغم

من ذلك فإن معدل الانتشار يظل متساويا بين الفتيات والشبان الذين تتراوح أعمارهم من 12 إلى 17 عاما SAMHSA, 2010 . وقد قدر التقرير الذي قدمه مكتب الجراحة العامة في 2004، أن تكاليف التدخين في الولايات المتحدة الأمريكية قد تجاوزت الـ 157 بليون دولار في ذلك العام، على أن نصف هذا المبلغ يمثل التكاليف الدوائية، والنصف الآخر يمثل التكاليف الناجمة عن خسائر الإنتاجية.

وتظهر الأبحاث أهمية الدور الذي يلعبه الانتماء العرقي في إدمان النيكوتين، كما تظهر التفاعل المعقد للعوامل السلوكية والاجتماعية والبيولوجية Leischow, Ranger-Moore, & Lawrence, 2000 . ومن المعلوم على مدى أعوام عديدة أن مدخني السجائر من الأمريكيين الأفارقة هم الأقل ميلا للإقلاع، كما أنهم الأكثر عرضة - إذا ما استمروا في التدخين - للإصابة بمرض سرطان الرئة. لماذا؟ لأنه يحدث أن الأمريكيين الأفارقة يحتفظون بالنيكوتين في دمهم لمدة أطول من تلك الموجودة لدى البيض، ومن ثم فإن ذلك يعني أنهم يقومون بتكسير النيكوتين بشكل أكثر بطئا، مما يزيد من سميته Mustonen, Spencer, Hoskinson, et al., 2005 . والسبب الآخر يرجع إلى أن الأمريكيين الأفارقة يفضلون تدخين سجائر المنثول Menthol، كما تظهر الأبحاث أن الأفراد الذين يدخنون سجائر المنثول يستنشقون الدخان بدرجة أعمق ويحتفظون به أو يكتمونه لفترة أطول في رئاتهم، وهو ما يزيد من فرصة التعرض للآثار الضارة والإصابة بها Celebucki, Wayne, Connolly, et al., 2005 .

وقد توصلت الأبحاث الحديثة إلى أن الأمريكيين الصينيين تقوم أجسامهم بتكسير النيكوتين الناتج عن السجائر بدرجة أقل من تكسير المدخنين الأمريكيين سواء البيض أو اللاتينيين Benowatiz, Perez-Stable, Herrera, et al., 2002 . وبصفة عامة، فإن معدلات الإصابة بسرطان الرئة تقل بين الأمريكيين الآسيويين عنها بين الأمريكيين البيض أو اللاتينيين، ومن ثم تقدم معدلات تكسير النيكوتين المنخفضة نسبيا بين الأمريكيين الصينيين تفسيرا لانخفاض معدلات الإصابة بسرطان الرئة بين هذه المجموعة.

النتائج الصحية المترتبة على التدخين السلبي:

كما هو معروف منذ سنوات عديدة، لا تقتصر أخطار التدخين على أولئك الذين يدخنون، فالدخان ينبعث من حرق أعقاب السجائر. ويسمى بالتدخين السلبي Secondhand Smoke، أو دخان التبغ البيئي Environmental tobacco smoke ETS، وهو يحتوي على تركيزات عالية من الأمونيا، وأول أكسيد الكربون، والنيكوتين والقطران، تفوق تلك الموجودة في الدخان الذي يستنشقه المدخن فعليا، ويعد التدخين السلبي للتبغ مسئولا عن وفاة ما يقرب من 40 ألف أمريكي كل عام في الولايات المتحدة الأمريكية، وفي عام 1993 صنف مكتب الحماية البيئية the Environmental

Protection Agency، التدخين السلبي بأنه يمثل خطرا يضاهي الخطر الذي يمثله عنصر الحرير الصخري أو غاز الرادون، كما أن المعهد القومي للصحة قد صنف التدخين السلبي على أنه من مسببات السرطان، مشيرا إلى ظهور أدلة على وجود علاقة تأثير سببية بين التدخين السلبي والسرطان، وتشمل تأثيرات التدخين السلبي ما يلي:


أطفال الأمهات الذين يدخنون أكثر عرضة للإصابة بأمراض عدوى الجهاز التنفسي، والتهاب الشعب الهوائية، والتهابات الأذن الداخلية

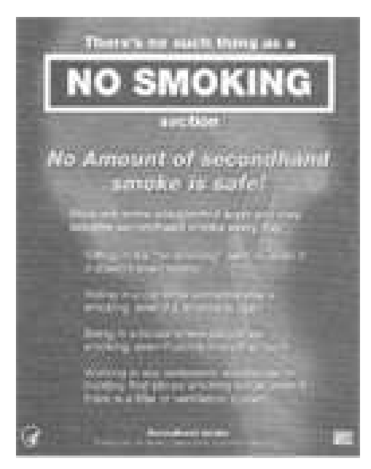
- قد يعاني غير المدخنين مشكلات بالرئة، هذه المشكلة قد تكون مزمنة، وذلك جراء التعرض المستمر لدخان السجائر، فأولئك الذين يعيشون مع أشخاص مدخنين معرضون لأكبر درجة من الخطورة، وقد لوحظت جوانب الاضطراب في الرئة المعرضة للإصابة بالسرطان لدى أولئك الذين يعيشون مع أشخاص مدخنين. كما أن الأفراد غير المدخنين معرضون لخطر أكبر للإصابة بمرض القلب والأوعية الدموية Cardiovascular disease، وسرطان الرئة، فضلا عن أن بعض الأفراد غير المدخنين لديهم ردود أفعال تتسم بالحساسية تجاه الدخان المنبعث من حرق التبغ.
- كما أن أطفال الأمهات اللائي يتعرض للتدخين السلبي أثناء فترة الحمل أكثر عرضة لأن يولدوا ناقصي النمو، وأن تكون أوزانهم عند الولادة أقل من أقرانهم الذين يولدون لآباء لا يدخنون، وأن يولدوا مصابين بعيوب خلقية.
- ويعد أطفال الأفراد المدخنين أكثر عرضة للإصابة بعدوى الجهاز التنفسي العلوي، والربو، والنزلات الشعبية والأمراض المعدية أو الالتهابات التي تصيب الأذن الداخلية Inner ear infections، بدرجة تفوق أقرانهم الذين يولدون لآباء غير مدخنين. كما أن التدخين السلبي قد يسبب زملة الوفاة المفاجئة.

وقد صرح مكتب الجراحة العامة بأن أفضل طريق للوقاية من التعرض للتدخين السلبي هو التشجيع على خلق بيئات خالية من الدخان USDHHS, 2006 ، وفي الأعوام الأخيرة قامت العديد من الحكومات المحلية بإقرار قوانين تنظم تدخين السجائر في الأماكن العامة وأماكن العمل، فالتدخين ممنوع في العديد من الأسواق، والحافلات، والمستشفيات والمباني الحكومية، وفي كل رحلات الطيران الداخلي بأمريكا. وفي عام

2010 أصبح هناك 27 ولاية أمريكية بالإضافة إلى كولومبيا وضعت لوائح تمنع التدخين في الأماكن العامة، وفي المطاعم والبارات American Lung Association, 2010 .

الماريجوانا القنب الهندي Marijuana :

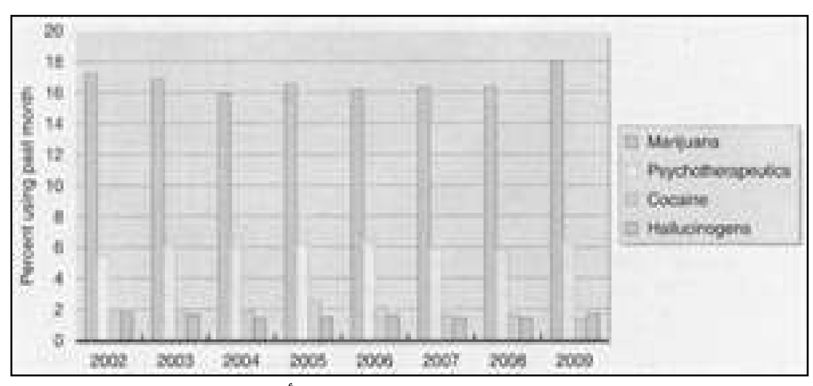
تتكون الماريجوانا من الأوراق اليابسة والمطحونة من قمم زهور حشيشة الكيف Hemp plant ويطلق عليها أيضا القنب Connabis sativa، وفي الغالب يتم استخدامه عن طريق التدخين، إلا أن ذلك لا يمنع استخدامه عن طريق المضغ في بعض الأحيان، وإعداده في الماء المغلي كالشاي أو أكله في الأطعمة المخبوزة، ويعد الحشيش Hashish أقوى من الماريجوانا، ويتم إنتاجه عن طريق إزالة وتجفيف المواد الصمغية المنتشرة على قمم نباتات القنب. وفي الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الخامس تم تحديد هذه الفئة باسم الماريجوانا.



لاحظ تقرير الجراحة العامة في عام 2006 أن كمية الدخان السلبي غير آمنة

وكانت حشيشة الكيف في الأصل تزرع على نطاق واسع في الولايات المتحدة الأمريكية ليس بغرض التدخين، ولكن للاستفادة من الألياف الموجودة بها، والتي كانت تستخدم في تصنيع الملابس والحبال، وفي مطلع القرن التاسع عشر، تم اكتشاف الخواص الطبية للصمغ الموجود في نبات القنب، وقامت العديد من شركات الأدوية بتسويقه على أنه علاج للروماتيزم، ومرض النقرس، والاكتئاب والكوليرا، والآلام العصبية، وكذلك فقد تم تدخينه للحصول على الشعور باللذة، بالرغم من أن الولايات المتحدة قد شهدت القليل من مرات تدخين الحشيش للحصول على اللذة حتى عام 1920، وفي ذلك الوقت، كان إقرار التعديل الثامن عشر الذي يحظر بيع الكحول عاملا من العوامل التي دفعت الأفراد إلى البدء في تدخين الماريجوانا القادمة عبر الحدود من المكسيك، إلا أن نشر تقارير مخيفة في الصحافة تعزو فيها وقوع بعض الجرائم لاستخدام الماريجوانا كان له أثر بالغ أدى إلى إقرار قانون فيدرالي ضد بيع المواد في عام 1937. أما في الوقت الحالي فإن استخدام الماريجوانا يعد عملا غير شرعي في معظم الدول.

انتشار استخدام الماريجوانا: تعد الماريجوانا مـن أكـثر المخـدرات غـير المشروعـة انتشـارًا. ففي عام 2009، وجد أن حوالي 17 مليون من الأفراد ممن تأتي أعمارهم أكبر من 12 قد ذكروا أنهم يستخدمون الماريجوانا، وأنها الأكثر انتشارًا عبر هـذه الجماعـات العمريـة SAMHSA, 2010 . وبالنظر في شكل 10-3 الخاص ببيانات الاستخدام للراشدين الصـغار مـن عـام 2002 وحتى عام 2009، يلاحظ انتشار الماريجوانا بشـكل أكـبر بـين الـذكور مقارنـة بالإنـاث، بمعـدل حوالي مرتين 8.6 في المائة للذكور و 4.8 في المائة للإنـاث SAMHSA, 2010 . كـذلك يشـيع استخدام الماريجوانا أكثر بين الأمريكيين الأصليين والأمريكيين الأوربيين، وأقـل لـدى الأمـريكيين الأفارقـة والإسـبانيين والأمـريكيين الآسـيويين Stinson, Ruan, Pickering, et al., 2006 . وبشكل عام فـإن اسـتخدام الماريجوانـا يسـجل معـدلات أعـلى في كـل مـن الولايـات المتحـدة الأمريكية، واستراليا، ونيوزلندا مقارنة بمعدلات اسـتخدامه في دول الاتحـاد الأوروبي، وإفريقيـا، وآسيا، وأمريكا الشمالية، وكندا Rey, Martin, & Krabman, 2004 .



شكل 10-3 الميول في استخدام المواد بين صغار السن ممن يتراوح أعمارهم بين 18-25 سنة

تأثيرات الماريجوانا: كما هى الحال مع أنواع أخرى من المـواد، فـإن اسـتخدام الماريجوانـا يسبب العديد من المخاطر، فبصفة عامة كلما علمنا المزيد عن المادة، قلت نسبة الضرر الـذي يمكن أن يحدث، والماريجوانا ليس استثناء من ذلك تابع نظرة على الاكتشاف 10-1 .

التأثيرات النفسية: الآثار التسمية للماريجوانا مثلها مثل معظم المواد، تعتمد جزئيـا على قوتها ومقدار الجرعة التي يتم تناولها، فمدخنوا الماريجوانا يجدون أنهـم يشـعرون بالهدوء والاسترخاء، وتجعلهم أكثر قدرة على المخالطة الاجتماعية، وقد قيل إن الجرعات العالية تؤدي إلى حدوث تغيرات سريعة في العواطف وتجعلها تميـل إلى اللامبـالاة Dull attention أو الـبلادة والأفكـار المتشـظية أو المشـتتة Fragment thoughts، وضـعف

الذاكرة، وإلى الشعور بأن الوقت يمر ببطء. وقد وجد أن الجرعات الزائدة بدرجة مبالغ فيها تؤدي إلى الهلاوس مثل تأثيرات عقاقير المهلوسة LSD، ومنها الرعب الشديد Extreme Panic، الذي يؤدي في بعض الأحيان إلى الاعتقاد بأن تجربة مرعبة معينة لن تنتهي أبدا، وقد يكون من الصعب تنظيم الجرعة، وذلك يرجع إلى أن التأثيرات الناجمة عن تدخين الماريجوانا قد تستغرق نصف ساعة حتى تظهر، وهو ما يدفع بعض مستخدمي الماريجوانا إلى تناول كميات أعلى من التي كانوا يعتزمون تناولها.

ويعد أنشط العناصر الكيمائية الموجودة في الماريجوانا عنصرا كيميائيا يطلق عليه Delta9- tetrahydro cannabinol THC ، وتتفاوت كمية عنصر الـ - THC في الماريجوانا، ولكن بصفة عامة يعد الماريجوانا أكثر قوة في الوقت الحالي مما كان عليه في العقدين الماضيين Zimmer & Morgan 1995 ، فضلا عن أن المستخدمين يدخنون في الوقت الحالي بشكل يفوق ما كان يدخنه المستخدمون في الماضي فمثلا يحتوي سيجار الـ - Blunt على نسبة من القنب تفوق مثيلتها الموجودة في سيجار الـ Joint.

وهناك عدد كبير من الأدلة العلمية تشير إلى أن الماريجوانا تؤدي العديد من الوظائف المعرفية. ومن ضمن النتائج التي حظيت بأهمية خاصة هي التي أكدت حدوث فقدان للذاكرة قصير المدى، وهناك دراسة منظورية قيمت الذكاء IQ في فترات زمنية متعددة بين مستخدمي الماريجوانا الذين تتراوح أعمارهم من 17 إلى 23 عاما، هذه الدراسة وجدت انخفاضا يقدر بأربع نقاط عن المستخدمين المنتظمين الحاليين Fried, Watkinson, James, . et al., 2002

وقد أظهرت دراسات عديدة أن ارتفاع درجة الماريجوانا يؤدي إلى خلل المهارات النفسية الحركية psychomotor الضرورية للقيادة، وكذلك وجد أن ضعف الأداء بعد تدخين سيجارة أو اثنتين من الماريجوانا تحتوي على 2% من مادة الـ - THC، ويستمر لمدة تصل إلى ثماني ساعات بعد أن يظن الفرد أنه لم يعد مرتفعا ومحلقا، وهو ما يشكل خطورة حقيقية تتمثل في أن الأفراد سوف يحاولون القيادة أو الطيران عندما لا يكونون مؤدين لعملهم بشكل كاف.

فهل يؤثر الاستخدام الدائم للماريجوانا على الأداء العقلي للفرد حتى في الأوقات التي لا يستخدمه الفرد فيها؟ من المؤسف أنه لم يتم إجراء عدد من الدراسات المحكمة بشكل جيد لدراسة هذه النقطة البحثية، وعموما فإن الأدلة الحالية تشير إلى أن مستخدمي الماريجوانا لفترات طويلة يظهر عليهم ضعف خفيف في التعلم والذاكرة، ولكن لا توجد أدلة قوية تشير إلى أن هذا الضعف يستمر بعد التوقف عن الاستخدام Rey et al., 2004 .


أغلب الأفراد الذين يستخدمون الماريجوانا لا يذهبون لاستخدام الهيروين، بينما العديد من مستخدمي الهيروين بدءوا باستخدام الماريجوانا

نظرة على الاكتشاف 10-1

هل الماريجوانا بوابة للمواد الأخرى؟

تعتبر النظرية التي تقول إن الماريجوانا هي نقطة العبور أو البوابة إلى المواد الأخرى نظرية شائعة وموجودة منذ فترة طويلة، ووفقا لهذا الرأي، فإن الماريجوانا لا يعد خطرا في ذاته فحسب، بل لأنه أيضا يمثل الخطوة الأولى التي يخطوها الأفراد صغار السن في طريقهم لإدمان أنواع أخرى من المواد كالهيروين مثلا.

وقد توصلت الدراسات التي تم إجراؤها إلى وجود أخطار كثيرة من وراء استخدام الماريجوانا، كما هو واضح من الوصف الموجود في النص، ولكن هل تعد الماريجوانا حقا معبرا إلى تعاطي مواد أخرى أكثر خطورة؟ أولا، وقبل كل شيء هناك عدد قليل من الأدلة يشير إلى أن هذه النظرية تنطبق على الأمريكيين السود، فضلا عن أن 40% من الأفراد الذين يستخدمون الماريجوانا بشكل منتظم لا يتحولون إلى استخدام مخدرات أخرى مثل الهيروين والكوكايين sterphens, Roffman & Simpson 1993 ، ولذلك فإذا كنا نعني بكلمة "معبر" أن الوصول إلى استخدام مخدرات أخرى أكثر خطورة هو أمر حتمي ولا مفر منه، عندئذ لا تكون الماريجوانا مخدرا انتقاليا أو معبرا، وعلى الرغم من ذلك، فكما سلف أن ذكرنا، فإننا نعرف أن الكثير بل الكثير جدا من مجموع من يستخدمون الهيروين والكوكايين كانوا قد بدأوا أول تجربة لهم مع المواد بالماريجونا أو الماريجوانا، وفي الولايات المتحدة ونيوزلاندا على الأقل، يعد مستخدمو الماريجوانا معرضين لتجربة الهيروين والكوكايين بعد ذلك أكثر من غير المستخدمين للماريجوانا Fergusson & Ftorwood, 2000; Kandel, 2002; Miller & Volk, 1996 .

بالتالي، بالرغم من أن استخدام الماريجوانا غالبا ما يسبق غيرها من تعاطي المخدرات، إلا أنها لا تبدو سببًا لاحقا لاستخدام المواد الأخرى، كما يوحي مصطلح البوابة. الأكثر من ذلك أن الماريجوانا هو المادة الأولي التي يتم تجريبها لأنها أكثر قبولا اجتماعيا من المواد الأخرى.

المترتبات الجسمية: تشمل الآثار الجسمية قصيرة المدى لاستخدام الماريجوانا؛ احتقان الدم Bloodshot، وحكة في العينين Itchy eyes، وجفاف الفم والحلق، وزيادة الشهية، وانخفاض الضغط داخل العينين، وزيادة ضغط الدم نوعا ما.

ومن المعلوم أن الاستخدام طويل المدى للماريجوانا يؤدي إلى أضرار بالغة الخطـورة عـلى بناء الرئة ووظيفتها Gronspoon & Barabr 1995 . بالرغم مـن أن مسـتخدمي الماريجوانـا يدخنون عددا مـن السـجائر يقـل كثـيرا عـن العـدد الـذي يدخنـه مـدخنو التبـغ، ومعظمهـم يستنشق دخان الماريجوانا بشكل أعمق ويكتمونه في رئاتهم لفترات طويلة جـدا مـن الوقـت، وطالما أن الماريجوانا تحتوي على بعض المركبات المسرطنة الموجودة في التبغ، فإن آثارها الضارة تعد أكبر بكثير من تلك التي يمكن أن تنجم عن استهلاك السـجائر وحـدها أو البايـب، فمـثلا، يعتبر تدخين سيجارة واحدة من الماريجوانا في الظروف أو بالطريقة النموذجية معادلا لتدخين خمس سجائر من التبغ في مكان به أول أكسيد الكربون، وأربع سجائر تبغ تحتوي عـلى كميـة مماثلة من القطران وما يعادل عشر سجائر تبغ من حيث الأضرار التي تصيب الخلايـا المبطنـة للممرات الهوائية Sussman, Stacy, Dent, et al., 1996 .

ولكن كيف تؤثر الماريجوانا على المخ؟ في مطلـع التسـعينيات اسـتطاع البـاحثون تحديـد اثنـين مـن مسـتقبلات القنـب في المـخ، يطلـق علـيهما CB1 و CB2 Matsuda, Lolait, Brownstein, et al., 1990; Munro, Thomas, Abu-Shaar, et al., 1993 . وقد وجـد أن مستقبلات الـ -CB1 ممتـدة عـلى طـول الجسـم والمـخ مـع وجـود عـدد كبـير في قـرن آمـون Hippocampus عـلى وجـه الخصـوص، وهـي منطقـة مهمـة في المـخ لهـا دور في عـدد مـن القدرات التعليمية وقدرات الذاكرة، وقد خلص الباحثون اعتمادا على عدد مـتراكم مـن الأدلـة إلى أن المشكلات الثابتة التي تعانيهـا الـذاكرة قريبـة المـدى والمصـاحبة لاسـتخدام الماريجوانـا تكـون مرتبطـة بتـأثيرات الماريجوانـا عـلى هـذه المسـتقبلات الموجـودة في قـرن آمـون e.g., Sullivan, 2000 .

بالإضافة إلى ذلك فقد توصلت دراسـة لــ PET إلى أن تـدخين الماريجوانـا كـان مصـحوبا بزيادة في تدفق الدم إلى مناطق معينة في المــخ غالبــا مــا تكــون مرتبطــة بــالعواطف منهــا، اللــوزة Amygdala واللفيفة الأمامية المستديرة. كما لوحظ انخفاض تدفق الـدم في منـاطق الفـص الصــدغي وكــان مصــحوبا بانخفــاض في السمع، كما أن الأفراد الذين شـاركوا في هــذه الدراســة الــذين كــانوا قــد



مظاهرات في نيويورك للدعوة إلى تقنين الماريجوانا لأغراض طبية

تناولوا كمية كبيرة من الماريجوانا كان أداؤهم ضعيفا في مهام السمع O'Leary, Block, Flaum, et al., 2000 . ولعل هذه النتائج تساعد في تفسير بعض الآثار السيكولوجية المصاحبة لاستخدام الماريجوانا، والتي يأتي من ضمنها حدوث تغيرات في العواطف وقدرات الانتباه.

فهل تعد الماريجوانا من المواد التي تصيب بالإدمان؟ على عكس ما كان سائدا في السابق من اعتقاد، فإنها قد تكون كذلك، حيث أكدت الملاحظات الموجهة أن الاستخدام الاعتيادي أو المنتظم للماريجوانا يؤدي إلى التحمل Compton, Deuey & Matin 1990 . ويعاني المستخدمون للماريجوانا بشكل طويل المدى تجربة الانسحاب عندما لا يجدون الكميات المتوفرة، وبالرغم من إجراء المسوحات والدراسات المختبرية في السنوات العشر الماضية التي تشير إلى حدوث أعراض الانسحاب مثل الأرق، والقلق، والتوتر، وآلام المعدة Rey et al., 2004 .

التأثيرات العلاجية Therapeutic Effects :

من الطريف أن الاستخدامات العلاجية للماريجوانا لم تظهر إلا أثناء الكشف عن التأثيرات السلبية للاستخدام المنتظم والمكثف للمخدر، وفي السبعينيات أظهرت الدراسات التي فيها حجب المعلومات التي قد تؤثر على سلوك الدارس أو العينة، أظهرت أن الـ THC والمواد المرتبطة بها من شأنها أن تقلل من الغثيان. وفقدان الشهية التي تصاحب المعالجة بالعلاج الكيماوي لبعض مرضى السرطان e.g., Salan, Zinberg, & Frei, 1975 . وجاءت نتائج تؤكد ذلك Grinspoon & Bakalar, 1995 . ويبدو مرارا أن الماريجوانا تقلل الغثيان عندما تفشل العقاقير الأخرى المضادة للغثيان، وتعد الماريجوانا أيضا علاج الانزعاج أو الألم الناتج عن الإيدز Sussman et al., 1996 ، والمياه الزرقاء، والألم المزمن، والتشنجات العضلية، ونوبات الصرع.

وقد تأكد وجود فوائد محتملة من تدخين الماريجوانا، وذلك في تقارير أصدرها كل من مجلس الخبراء التابع للمعاهد القومية للصحة NIH, 1997 ، والمعهد الطبي كفرع من الأكاديمية القومية للعلوم Institue of Medicne, 1999 . هذه التقارير تقترح أن هذه الفوائد يدرسها الباحثون في مجال الأدوية والأطباء السريريون. وقد وافقت هيئة المعاهد القومية للصحة على تمويل الأبحاث التي يتم إجراؤها حول هذا الموضوع بما في ذلك الأبحاث التي يتم إجراؤها حول ما إذا كانت الفوائد الناتجة عن تناول مادة الـ THC في شكل أقراص تتفق مع ما يبلغ به المرضى بعد تعاطيهم أو تدخينهم للماريجوانا معظم الأفراد يقولون إن هناك فوائد أو تأثيرات مفيدة من التدخين تفوق التأثيرات المفيدة الناتجة عن ابتلاع مادة الـ THC في شكل كبسولات، وقد يكون ذلك ناتجاً عن وجود عناصر أخرى بخلاف مادة الـ THC في أوراق الماريجوانا، هذه العناصر أو المكونات ربما

تكون منفصلة عن مادة الـ THC . فقد أوصى التقرير الذي أصدرته تلك اللجنة بأن يتم السماح للمرضى الذين يعانون أعراض الضعف أو الأعراض الموهنة debilitating symptoms أو الأمراض القاتلة، بتدخين الماريجوانا ولكن تحت إشراف طبي دقيق لمدة أقصاها ستة شهور، والمبرر المنطقي من وراء السماح بالتدخين كان قائما على النتائج التي سلف ذكرها منذ قليل والتي تشير إلى أن ابتلاع مادة الـ THC بالفم لا يعطي ذات المستوى من تخفيف الألم. غير أن تقرير معهد الأدوية قد أكد أيضا على أخطار التدخين نفسه، وحتى على تطوير أجهزة بديلة للتوصيل مثل أجهزة الاستنشاق.

وعلى الرغم من ذلك فقد حذر التقرير من أنه يجب وضع التأثيرات غير المرغوبة للماريجوانا أو لتدخين الماريجوانا مثل تعطيل عمل جهاز المناعة، يجب وضعها في الاعتبار، وخصوصا مع الأفراد الذين يتسمون بضعف جهاز المناعة وتعرضه للخطر مثل مرضى الإيدز.

وتمثل توصيات الخبراء في الأدوية رفضا حادا واختلافا شديدا مع الحكومة الفيدرالية، فقد تم إقرار قانون مثير للجدل، في ولاية كاليفورنيا عام 1996 - الفقرة 215، والذي أجاز للأطباء أن يوصوا باستخدام الماريجوانا لمساعدة مرضى الإيدز والمرضى بأمراض خطيرة أخرى على التعايش مع الألم وتخفيف حالة الغثيان الناتجة عن تناول الأدوية التي يتم استخدامها في علاج الأمراض التي يعانونها. وقد تحدت السلطات الفيدرالية هذا القانون الذي صدر في كاليفورنيا كما أصدرت المحكمة العليا في أمريكا في مايو من عام 2001 حكما يقضي بأن القانون الفيدرالي يحظر توزيع الماريجوانا لهذه الأغراض الدوائية، والمثير للاهتمام أن هذا الحكم لم يمنع صراحة استخدام المخدر لتخفيف الألم ولتخفيف الغثيان، وفي نوفمبر من عام 2004، قامت المحكمة الأمريكية العليا بالاستماع لمرافعات في قضية أخرى من ولاية كاليفورنيا، وطلب منها أن تتخذ قرارا بشأن ما إذا كان استخدام الماريجوانا لأغراض طبية يمثل خرقا للقانون الفيدرالي أم لا، على الرغم من موافقة الناخبين أو المصوتين في كاليفورنيا على ذلك الاستخدام. وفي يونيو من عام 2005، أصدرت المحكمة العليا حكما يقضي بأن الحكومة الفيدرالية يمكنها في الواقع أن تقوم بحظر استخدام الماريجوانا لأغراض طبية على الرغم من قبول الناخبين في كاليفورنيا له. وكاليفورنيا ليست هي الولاية الوحيدة التي توافق على استخدام الماريجوانا لأغراض طبية فقد صوت الناخبون في 11 ولاية أخرى بقبول قوانين مشابهة لقانون كاليفورنيا، ولذلك فمن المرجح أن يمتد هذا الحكم خارج حدود ولاية كاليفورنيا، وأن الهيئات الحكومية في هذه الولايات الاثنتى عشرة لن تقوم بمقاضاة الأفراد إذا قاموا باستخدام الماريجوانا الطبية على الرغم من أن المكاتب والهيئات الفيدرالية قد تقوم بذلك. ويبدو أن المرجح هو استمرار الجدل حول هذه القضية لسنوات عديدة قادمة.

ملخص سريع :

يعد استخدام الكحول والمواد أمرا شائعا في الولايات المتحدة الأمريكية، ويذكر أن الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الخامس قد وضع قائمة من اضطراب استخدام المواد بما في ذلك الكحول ومواد أخرى عديدة، ومحددًا عدداً من الأعراض لكل منها.

وقد يتضمن الانسحاب من الكحول وجود هلاوس وهذيان، فالأفراد الذين يتعاطون الكحول أو يعتمدون عليه هم أكثر عرضة لاستخدام أنواع أخرى من المواد، وبصفة خاصة النيكوتين. ويعد استخدام الكحول مرتفعا بصفة خاصة بين طلبة الجامعة، كما أن الرجال أكثر ميلا لشرب الكحول من النساء، كما لوحظ وجود اختلافات بين العرقيات من حيث استخدام الكحول والاعتماد عليه أو تعاطيه وحتى الشراب الخفيف أو المعتدل أثناء فترة الحمل قد يصاحبه مشكلات فيما بعد في التعلم تصيب الطفل.

ويظل التدخين منتشرا على الرغم من أنه يسير إلى انخفاض، ويتسبب تدخين السجائر في عدد من الأمراض، منها عدة أنوع من السرطانات، ومرض القلب وأمراض أخرى تصيب الرئة، وبالرغم من أن عدد الرجال المدخنين يفوق عدد النساء المدخنات، إلا أن المعدلات تعد متساوية بين المراهقين من البنين والفتيات، وتعد التأثيرات المرضية للتبغ أشد وضوحا على الأمريكيين السود، والتدخين السلبي الذي يطلق عليه أيضا بالتدخين البيئي للتبغ يعد من المشاكل الصحية الخطيرة.

والماريجوانا تجعل الأفراد يشعرون بالاسترخاء والرغبة في المخالطة الاجتماعية غير أنه قد يعوق الانتباه والذاكرة، والتفكير. فضلا عن أنه قد ارتبط بالمشاكل المتعلقة بالرئة، ويظل الماريجوانا من أكثر المواد المستخدمة انتشارا، وخاصة بين الشباب. والرجال يستخدمون الماريجوانا أكثر من استخدام النساء لها، ويمكن أن يظهر المستخدمون مقاومة للماريجوانا، ومن غير الواضح وضوحا تاما ما إذا كانت هناك أعراض انسحاب تحدث عقب التوقف عن التدخين، إلا أن الماريجوانا لها فوائد علاجية وخصوصا بالنسبة لأولئك الذين يعانون الآثار الجانبية للعلاج الكيماوي والمرضى الذين يعانون مرض الإيدز، والمياه الزرقاء، ونوبات الصرع، والألم المزمن، والتشنجات العضلية.

الأفيونيات Opiates :

تحتوى الأفيونيات على الأفيون Opium ومشتقاته من المورفين morphine، والهيروين heroin، والكوكايين codeine. وتعتبر هذه المواد من المهدئات sedatives. لكن الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الخامس أدرج اضطراب استخدام

الأفيونيـات في فئـة مشـتقة مـن اضـطراب اسـتخدام المسـكنات/ منـوم/ مزيـل القلـق sedative/hypnotic/anxiolytic use disorder.

والأفيونيات هي مجموعة من المسكنات الإدمانية التـي تعمـل إذا تـم تناولها بجرعـات معتدلة على تخفيف الألم واستجلاب النوم، ويأتي في مقدمة هذه المواد الأفيون، فهو في الأصـل يعد المخدر الرئيس الذي يحظر تجارته وتداوله عـلى المسـتوى الـدولي، وقـد عرفـه الأفـراد في الحضارة السومرية في قديم الزمان وهـذه الحضـارة يرجـع تاريخهـا إلى 7000 ق.م، فقـد كـان الأفراد في ذلك الزمان يطلقون على الخشخاش Poppy - وهو الذي يكون هذا المخـدر - اسـم الأفيون، وهي كلمة تعني نبات البهجة "the plant of joy".

ففي عام 1806 ثم فصـل المـورفين شـبه القلـوي، والـذي تـم اشـتقاق اسـمه مـن كلمـة Marpheus وهو إله الأحلام عند اليونان، تـم فصلـه عـن الأفيـون الخـام، وقـد ثبـت أن هـذا المسحوق ذا الطعم المرير مسكن قوي وملطف للألم. وقبل أن يتم اكتشاف خواصه الإدمانيـة، تم استخدامه على نطاق واسع في الأدوية المصرح بها، وفي منتصف القرن التاسـع عشر، عنـدما ظهرت الإبر التي يتم حقنها تحت الجلد في الولايات المتحدة الأمريكية، بدأ يتم تناول المورفين عن طريق الحقن المباشر في الوريد وذلك بهدف تخفيف الألم.

وقد بدأ العلماء في دراسة المورفين يدفعهم الاهتمام بإيجـاد عقـار مـن شـأنه أن يخفـف الألم الذي يعانيه المرضى في آخر حياتهم. وفي عام 1874، توصـل العلـماء إلى أن المـورفين يمكـن تحويله إلى مخدر مهدئ للألم يتسـم بـالقوة وهـو مـا أطلقـوا عليـه اسـم الهـيروين، وقـد تـم استخدامه في البداية كعلاج لإدمان المورفين، فقد حل الهيروين محل المورفين في أدويـة الكحـة وعقاقير أخرى مرخصة، ولذلك فقد تم عـلاج العديـد مـن المـرضى باسـتخدام الهـيروين حتـى أطلق عليه اسم "دواء الرب" God's own medicine Brecher, 1972 ، وبـالرغم مـن ذلـك فقد ثبت أن الهيروين أكثر قوة وتأثيرا وإدمانا من المـورفين، وفي الوقـت الحـالي غالبـا مـا يـتم تناول الهيروين عـن طريـق الحقـن، عـلى الـرغم مـن أنـه يمكـن تناولـه عـن طريـق التـدخين والاستنشاق أيضا أو يمكن تناوله بالفم.

حديثًا، تم وصف الأفيونيات كأدويـة مهدئـة لـلألم Pain medications بمـا في ذلـك الهيدروكودون hydrocodone والكسيكودوني Oxycodone، والتي أصبحت عقـاقير يـتم إساءة استخدامها أو تعاطيها.وفي الغالـب يـتم مـزج الهيـدروكودون Hydrocodone مـع عقاقير أخرى مثل الأسـيتامينوفين Acetaminophen وهـو المـادة الفعالـة في التـايلينول Tylenol . وذلك من أجل إيجاد وصفة من الأدوية المخففـة لـلألم مثـل عقـاقير "زيـدون" Zydon، "فيكدين" Vicdin، "لورتاب" Lortab. وقد وجد الأوكسيكودون في أدويـة مثـل البيركـودون Percodon، و"تيلـوكس" Tylox، و"الكسـيكونتين" Oxycontin، أمـا عقـار

الفيكودين" Vicodin فإنه يعد أحد أكثر العقاقير التي يتم إساءة استخدامها على نطاق واسع، والذي يحتوي على الهيدروكودون أو الكسيكونتين فإنه يعد واحداً من أكثر العقاقير التي تحتوي على الكسيكودوني، والتي يتم إساءة استخدامها.

انتشار استخدام الأفيونيات والاعتماد عليها: هناك العديد من الصعوبات التي تعترض طريق تجميع البيانات، ولكن الرأي الغالب هو أن هناك ما يزيد على مليون فرد قد أدمنوا الهيروين في الولايات المتحدة الأمريكية، مع وجود عدد يقدر بـ 180 ألف مستخدم في عام 2009 فقط SAMHSA, 2010 .

وعادة ما يكون الهيروين قاصرا على الجيران الفقراء والبيئات الصخرية، ففي مطلع التسعينيات، أصبح متداولا بين طلبة الجامعات في المرحلة المتوسطة والمرحلة فوق المتوسطة، وكذلك بين الحرفيين الصغار. وفي التيمور، وبوسطن، ونيويورك، يعد الهيروين مسئولا عن نسبة تتراوح بين 62 إلى 82% من حالات الدخول إلى المستشفى والتي يكون سببها تعاطي المواد، وذلك في عام 2003، كما أن حالات الوفيات التي يمكن إرجاعها إلى الهيروين في كل من بالتيمور، وشيكاغو، وديترويت، وفيلادلفيا تتراوح بين 275 إلى ما يقرب من 500 حالة في عام 2003 [Community Epidemiology Work Group CEWG , 2003].

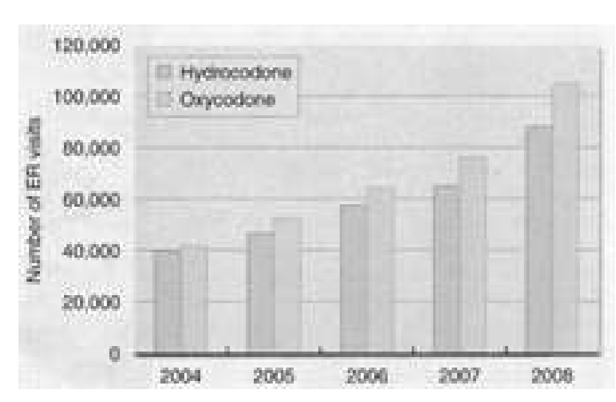
وفي الفترة ما بين عامي 2002 و2003 زاد استخدام الهيدروكودون بين الأفراد في سن 12 سنة فأعلى من 4.5 مليون إلى 5.7 مليون، كما زاد عدد من قالوا إنهم يتعاطون الكسيكودوني من نسبة 43% في عام واحد من 1997 إلى 1998 SAMHSA, 2004 ، كما قفزت الوصفات الطبية التي تصف عقار الكسيكودوني إلى 1.800% فيما بين عامي 1960 و2000 [Drug Enforcement Administration DEA , 2001]، وهذه المعدلات لسوء استخدام هذه العقاقير ظلت ثابتة إلى حد ما منذ 2002 SAMHSA, 2007 ، بالرغم من أن العدد ليس صغيراً. ففي عام 2009، وجد أن أكثر من 5 ملايين فرد في الولايات المتحدة يستخدمون أدوية الألم لاستخدامات غير طبية. وقد زاد عدد الأفراد الذين يطلبون العلاج نتيجة اعتمادهم على أدوية الألم بنسبة 400 في المائة في العشر السنوات الماضية SAMHSA, 2010 .



تم تصنيع الهيروين من الأفيون في عام 1874، وكان قريبا يتم إضافته إلى مجموعة متنوعة من الأدوية التي يمكن شراؤها بدون وصفة طبية. ويوضح هذا الإعلان علاج الأسنان يحتوي على الهيروين.

ويبدو أن الكميات غير الشرعية تأتي معظمها من وصفات طبية يتم تزويـدها أو سرقتهـا أو تحويلها إلى التجار في السوق السوداء، وكما وصفنا سابقًا، فـإن عقـار الكسـيكودوني يـأتي في شكل أقراص مغطاة بمركب كيميائي من مادة "البوليمير" polymer، ومن المؤسف أن الأقـراص يمكن تفكيكها وتحويلها إلى حقن بسهولة بعد ذلك أو قيام المسـتخدمين بتناولهـا عـن طريـق الاستنشاق، والسعر القانوني لقرص الكسيكودوني - الذي يبلغ حجمه 40 ملليجرام - يتراوح بين خمسين سنتاً ودولار واحد، غير أن الأقراص التي تباع في الشوارع يصل سـعرها مـن 25 إلى 40 دولار للقرص الواحد، ويبدو أن إساءة استخدام عقـار الكسـيكودوني أكـثر انتشـارًا في المنـاطق الريفية، لكنـه ينـتشر بسرعـة في المنـاطق المزدحمـة بالسـكان DEA, 2001; Meier, 2003 .

وتعـــد تـــأثيرات عقـــار الكسـيكودوني مشـابهة تمامـا لتـأثيرات الهـيروين، وهـو مـا يجعـــل القلـــق يســـاور الأخصـائيين الصـحيين مـن أن الأفراد الـذين يعتمـدون عـلى الكســـيكودوني والـــذين لا يقــدرون عــلى تــوفير ثمنــه البــاهظ في الشـــارع ســوف يتحولـون إلى الهـيروين، الـذي يعد أقـل كلفـة. وكـما يوضـح شـكل 10-4 ، فـإن زيـارات غــرف الطــوارئ في المستشــفيات في أعقــاب تنــاول جرعــات زائــدة مــن الهيــدروكودون والكسيكودوني تزداد بشـكل مطـرد يصـل إلى الضـعف بـين عـام 2004 و2008 SAMHSA, 2011 .



شكل 10-4 زيارات حجرة الطوارئ بعد تعاطي جرعات زائدة من الهيدروكودون والكسيكودوني زادت بدرجة كبيرة خلال العشر سنوات الماضية. ففي عام 2002، أصبح عدد المتعاطين للهيدروكودون وللكسيكودوني 25.000 و21.000 على التوالي

حالة سريرية "جيمس" James:

كان "جيمس" شابا يبلغ من العمر 27 عاما، أدمن الهـيروين لمـدة سـبعة أعـوام، ولقـد جرب الهيروين أول مـرة أثنـاء خدمتـه في الكتيبـة البحريـة، وعنـدما أصبح غـير قـادر عـلى السيطرة على تلك العادة والتحكم فيها تعرض للطرد بشكل مخـز مـن قـوات البحريـة بعـد مرور عام على ذلـك. وقـد عـاش مـع أسرتـه لفـترة قصـيرة مـن الوقـت غـير أنـه قـد طُلـب

بمغادرة المنزل في أعقاب قيامه بسرقة بعض الأموال والمجوهرات ليستطيع أن يصرف على عادته تلك.

بعد ذلك بدأ يعيش مشردا في الشوارع يستجدي الأموال ليصرف على عادته الإدمانية، كما أنه قد تبرع ببعض دمه عندما وسعه أن يقوم بذلك، ومع مرور السنين، فقد جيمس جزءا كبيرا من وزنه وأصبح يعاني سوء التغذية بشكل ملحوظ، كان طوله يزيد على ستة أقدام، إلا أن وزنه لم يكن يتعدي الـ150 رطلا، ولم يكن يملك قوت يومه في معظم الأيام على الرغم من أنه كان في مقدوره أن يجمع وجبة من فتات وبقايا الغداء المحلي، وقد حاول جيمس أن يدخل في برامج عديدة لإعادة التأهيل، إلا أنه كان يستلزم أن يكف جيمس عن تعاطي الهيروين لمدة أسبوع على الأقل قبل أن يتقدم للقبول. وكان في وسع جيمس أن يقاوم لمدة يوم أو اثنين ولكن تبدأ حينئذ أعراض الانسحاب في الظهور، مما يزيد من صعوبة الألم الذي يعانيه جراء التوقف عن تناول المخدر، إلا أن أحد أصدقائه الذين تعرف عليهم في الشوارع، والذي كان في السابق مدمنا للهيروين قد ساعده في التوجه إلى إحدى العيادات التأهيلية التي تعطي عقار "الميثادون" Methadone ليحل محل الهيروين، وقد جرب جيمس هذا العقار لأسابيع قليلة، غير أنه لم يستطع تحمل الانتظار طويلا كل صباح أمام العيادة، كما أنه لم يستطع تحمل نظرة العار التي يقذفه الأفراد بها أثناء مرورهم متوجهين إلى أعمالهم، ولكن بعد أن تمكن جيمس من التوقف عن تناول الهيروين لفترة تزيد على الأسبوع، تم قبوله في أحد برامج العلاج التي توفر إقامة أيضا، وقد قام أحد الأطباء في البرنامج بوصف دواء تم إجازته منذ فترة قصيرة يطلق عليه اسم "سبوكوني" Suboxone، وهو عقار يساعد على التخفيف من الألم الذي يسببه الانسحاب في الوقت الذي يقوم فيه أيضا بتقليل الرغبة في تعاطي الهيروين، ومن ثم فإن "جيمس" لم يعد بحاجة إلى الذهاب بعد ذلك لعيادة الميتادون، كما أنه قد حصل على تدريب على الوظيفة أثناء إمضائه للبرنامج العلاجي. وكان يحدوه الأمل في أن يحول عادته إلى شيء جيد.

التأثيرات السيكولوجية والجسمية:

تولد الأفيونيات شعوراً بالبهجة Euphoria والنعاس dowdiness وأحلام اليقظة Reverie، وأحياناً ما تؤدي إلى عدم التوازن، كما أن الهيروين والكسيكودوني تؤدي إلى الانطلاق والشعور بالدفء والشعور العام بالسعادة بعد الحقن الوريدي مباشرة، إذ إن المستخدم يتخلص من همومه ومخاوفه ويكون لديه درجة من الثقة بالنفس لمدة 4 : 6 ساعات، وبالرغم من ذلك، فإن المستخدم يتعرض بعد ذلك لخيبة شديدة كلما تجاوز المخدر.

وتحدث الأفيونيات آثارها من خلال تنشيط المستقبلات العصبية للجهاز الأفيوني في الجسم body's own opioid system فالجسم يفرز الأفيونيات بشكل طبيعي، هذه المركبات الأفيونية يطلق عليها "الإندورفين" endorphins و"الإنكيفالينات" enkephalins.

فالهيروين مثلاً يتم تحويله في المخ إلى مورفين ثم يتجه إلى المستقبلات الموجودة في كل مكان في المخ، وتشير بعض الأدلة إلى أن هناك ارتباطا بين هذه المستقبلات وبين نظام الدوبامين، هذه العلاقة من الارتباط هي المسئولة عن التأثيرات السارة للمخدرات الأفيونية، وعلى الرغم من ذلك فهناك أدلة كشفت عنها الدراسات التي تم إجراؤها على الحيوانات، تشير إلى أن الأفيونيات قد تحقق تأثيراتها السارة من خلال حركتها في منطقة من المخ يطلق عليها " النواة المتكئة" nucleus accumbens، وربما بشكل مستقل عن نظام الدوبامين Koob, Caine, . Hyytia, et al., 1999

ومن الواضح أن المركبات الأفيونية إدمانية أو تؤدي إلي الإدمان، لأن المستخدمين يظهر عليهم أعراض التحمل والانسحاب، وقد يبدأ الانسحاب من الهيروين في خلال ثماني ساعات من آخر جرعة تم الحقن بها، وعلى الأقل بعد تعود شديد، وفي أثناء الساعات القليلة التالية بعد بدء الانسحاب،يشعر الفرد بألم عضلي تحديدا ويعطس ويتصبب منه العرق، وتنهمر منه بعض الدموع، ويتثاءب بعدها كثيراً، وهي أعراض تشبه أعراض الإنفلونزا، وفي خلال 36 ساعة تشتد حدة أعراض الانسحاب، وربما تكون هناك رعشة في العضلات لا يمكن السيطرة عليها والتحكم فيها، وكذلك قد تكون هناك نوبات تشنج شديدة وانتفاضة تتحول إلى احمرار وعرق، بالإضافة إلى ارتفاع معدل ضربات القلب وضغط الدم، ويكون الفرد غير قادر على النوم، بالإضافة إلى التقيؤ والإسهال، وتستمر هذه الأعراض بالتحديد لفترة تقارب 72 ساعة ثم تقل بالتدريج على مدى فترة تتراوح بين 5: 10 أيام.

ويواجه متعاطو الأفيون مشكلات خطيرة، ففي متابعة استمرت 29 عاماً لـ 500 فرد يدمنون الهيروين، لقي حوالي 28% منهم حتفهم عند بلوغهم الأربعين، كما أن نصف هذه الوفيات كان ناتجاً عن حوادث قتل وانتحار، أو التعرض لحادثة، وثلث هذه الوفيات كان ناتجاً عن تناول جرعات زائدة Hser, Anglin, & Powers, 1993 . وتعد النتائج الاجتماعية المترتبة على استخدام المواد غير القانونية خطيرة جدا.

حيث يصبح العقار وطريقة الحصول عليه محور حياة المتعاطي، ويتحكم في كل نشاطاته وعلاقاته الاجتماعية، وغالبا ما تكون التكلفة العالية للمخدرات. فالمتعاطون لابد أن ينفقوا مبالغ تصل إلى 200 دولار يوميا في سبيل الحصول على الأفيونيات، مما يدفع المتعاطين إلى الحصول على الأموال بطرق غير شرعية كالسرقة، والدعارة، وبيع المواد.

وهناك مشكلة أخرى تكون مصاحبة لتعاطي المواد عن طريق الحقن في الوريد، هذه المشكلة هي التعرض لأمراض معدية - من خلال الاشتراك في الإبر - مثل الفيروس المسبب لنقص المناعة البشرية HIV الذي يسبب الإيدز. وتجدر الإشارة إلى أن هناك إجماعاً بين العلماء على أن برامج استبدال الإبر والتوزيع المجاني للإبر

والسرنجات يعمل على التقليل من الاشتراك في استخدامها، ومن ثم يمنع انتشار الأمراض المعدية التي تصاحب تعاطي المواد عن طريق الوريد Gibson, 2001; Yoast, Williams, Deitchman, et al., 2001 . وعلى عكس ما هو سائد في الخطاب السياسي الشعبي، فإن هذه البرامج إذا تم الجمع بينها وبين العلاج بالميثادون methadone الذي سيتم مناقشته لاحقاً في هذا الفصل ، لا يؤدي إلى زيادة سواءً في الاستخدام الفوري أو المستمر للمخدرات، وقد تبنت ولاية كاليفورنيا في عام 2004 قانوناً يجيز للصيادلة أن يقوموا ببيع سرنجات بدون روشتة. وفي عام 2009، أوقف الكونجرس للولايات المتحدة تمويل برنامج تغيير الإبرة.

المنشطات stimulants :

تعتمد المنشطات على المخ والجهاز العصبي السمبثاوي في زيادة اليقظة Alertness والنشاط الحركي motor activity، وتعتبر الإمفيتامينات Amphetamines منشطات صناعية، أما الكوكايين Cocaine فإنه منشط طبيعي يتم استخلاصه من أوراق الكوكا coca leaf، ويناقش جزء "نظرة على الاكتشاف 10-2 ، أحد المنشطات الأقل خطورة والأكثر انتشارا، وهو الكافيين Caffeine.

الإمفيتامينات Amphetamines: وقد تم تصنيع أول نوع من هذه الإمفيتامينات، وهو "البنزيدرين" Benzedrine في عام 1927، كما تم تصنيع أنواع أخرى من الإمفيتامينات بعد ذلك بفترة وجيزة، وتقريباً بمجرد أن أصبح "البنزيدرين" متوافراً في الأسواق تجاريا في مطلع الثلاثينات من القرن الماضي كمركب يتم استنشاقه عن طريق الأنف لتخفيف انسداد الأنف. إلا أن الأفراد اكتشفوا تأثيره المنبه، وهو ما دفع الأطباء على الفور لوصفه مع الإمفيتامينات الأخرى للسيطرة على الاكتئاب الخفيف، وفتح الشهية، وأثناء الحرب العالمية الثانية، كأن يتم إمداد الجنود على الجانبين بالإمفيتامينات لمنع الإحساس بالتعب.

وتقوم الإمفيتامينات مثل "البنزيدرين" و"ديكسيدرين" Dexedrine، و"الميثيدرين" methedrine بإحداث تأثيراتها تلك عن طريق التسبب في إفراز " النورادرينالين" Norepinephrine والدوابامين Dopamine، ومنع إعادة امتصاص هذه الموصلات العصبية، ويتم تناول الإمفيتامينات عن طريق الفم أو عن طريق الحقن في الوريد التي من شأنها أن تؤدي إلى الإدمان، وتكون درجة اليقظة عالية، كما تكون وظائف الأمعاء متوقفة، والشهية قليلة - ومن ثم فقد تم استخدامها في الأنظمة الغذائية، وزيادة معدل نبضات القلب، وانكماش الأوعية الدموية في الجلد والأغشية المخاطية، فيصبح الفرد يقظاً ومنتشياً Euphoric وشارداً Outrgiong، ويكون مغموراً بطاقة لا حدود لها وثقة في

النفس، على أن الجرعات الزائدة قد تجعل الفرد عصبياً Nervous وهائجاً Agitated ومرتبكاً، وهناك أعراض أخرى منها الخفقان، ونوبات الصرع، والترنح، والميل إلى النعاس، وفي بعض الأحيان يصبح المستخدمون الذين يتناولون كميات كبيرة شكاكين للغاية. وعدوانيين جداً، لدرجة أنها قد تجعلهم يشكلون خطراً على الآخرين، وإذا تم تناول جرعات كبيرة على مدى فترة طويلة من الوقت، فإن ذلك قد يخلق حالة مشابهة تماما لحالة البارانويا كما تبدو لدى الفصام.

ويظهر التحمل للإمفيتامينات بشكل سريع، ولذلك فإن المخدر يكون في حاجة إلى إحداث المزيد والمزيد من التأثير، وهناك دراسة تم إجراؤها لبحث مسألة التحمل بعد مرور ستة أيام فقط من الاستخدام المتكرر Comer, Hart, Ward, et al., 2001 ، ولأن التحمل يتزايد، فإن المستخدمين قد يتوقفون عن تناول الأقراص ويبدأون حقن "الميثيدرين" - وهو أقوى نوع من الإمفيتامينات - في الوريد مباشرة، وقد يلجأ المستخدمون إلى إعطاء أنفسهم لعدة حقن متكررة من المخدر ليظلوا محتفظين بحالة النشاط المكثف والسعيد لأيام قلائل، بدون أن يأكلوا أو يناموا، ثم بعد ذلك يسقطون من التعب والاكتئاب، ويروحون في النوم أو الإحباط لعدة أيام، ثم تبدأ الدورة في الدوران من جديد، وبعد عدة مرات من تكرار ذات النمط، يتدهور الأداء الجسماني والاجتماعي للفرد بدرجة مثيرة، حيث يصبح السلوك غريباً وعدائياً، كما قد يصبح المستخدمون خطرين على أنفسهم وعلى الآخرين.

نظرة على الاكتشاف 10-2

ألذ إدمان لدينا - الكافيين Our Tastiest Addiction - Caffeine:

ما يكون أكثر المواد شعبية لا ينظر إليه على أنه مخدر على الإطلاق إلا فيما ندر، إلا أن له تأثيرات قوية، كما يولد في الأفراد مقاومة التحمل أو التعود، بل إنه يخضع المستخدمين له باستمرار للانسحاب Hughes, Higgins, Bickel, et al., 1991 . والمستخدمون له يتندرون عليه مثلهم مثل غير المستخدمين على سواء، كما أن معظم قراء هذا الكتاب ربما يكونون قد تناولوا بعضاً منه في يوم ما، إننا نشير بالطبع إلى الكافيين، وهو مادة توجد في القهوة والشاي والكوكا وأنواع أخرى من المشروبات غير الكحولية، وفي بعض الأدوية الباردة، وبعض الأقراص التي يتم استخدامها في الأنظمة الغذائية.

ويحتوى فنجانان من القهوة على نسبة من الكافيين تتراوح بين 150 إلى 300 مل جرام، ويظهر عند معظم الأفراد في خلال نصف ساعة، فتزداد عملية الأيض، كما ترتفع كل من حرارة الجسم، وضغط الدم، وإفراز البول، وهو الشيء الذي سيتفق عليه معظمنا، وربما كانت هناك رعشات باليد، كما قد تقل الشهية، بالإضافة إلى الشيء الذي اعتاد عليه

الجميع، وهو زوال الرغبة في النعاس، ومن شأن الكافيين أن يتفاقم من حـدة اضـطراب الهلـع Pamic disorder، وهو أمر لا يدعو للدهشة خاصة في ضوء الاستثارة العالية للجهاز العصبي السمبثاوي والذي ينسب في هـذه الزيـادة إلى الكـافيين، والجرعـات الكبـيرة جـدا مـن الكـافيين قـد تـؤدي إلى الصداع، والإسهال والعصبية، وإلى حالة من الهياج الحاد، بل إلى الرعشة Convulsion والوفاة، وعلى الـرغم مـن ذلك فإن الوفـاة مسـتحيلة في الواقـع، إلا إذا قـام الفـرد باستخدام كمية كبـيرة مـن الأقـراص التـي تحتـوي عـلى الكافيين، لأن الكليتين تقومان بلفـظ المخـدر بـدون أيـة تبعات تستحق الذكر.



صورة ص 300 الكافيين الموجود في القهوة، والشاي، والمشروبات الغازية ربما تُعد من المخدرات المفضلة

وبالرغم من أنـه معـروف منـذ فـترة طويلـة إلا أن الأفراد الذين يشربون كميات كبيرة منه جداً من القهـوة المعتادة التي تحتوي على الكافيين بشكل يـومي يمكـن أن يتعرضـوا لأعـراض الانسـحاب عنـد التوقـف عـن استهلاك القهوة، أما الأفراد الذين لا يشربون سوى فنجانين من القهوة العاديـة في اليـوم، فقـد يعانون نوبات صداع خطـيرة مـن الناحيـة الإكلينيكيـة، ومـن التعـب والقلـق، إذا تـم سـحب الكافيين من أنظمتهم اليوميـة في الطعـام Silverman, Evans, Strain, et al., 1992 . وقـد تعمل هذه الأعراض عـلى إعاقـة الأداء الـوظيفي أو المهنـي والاجتماعـي، وتعـد هـذه النتـائج مفزعة لأن ما يزيد على ثلاثة أرباع الأمريكيين يستهلكون كمية تزيد قليلاً على الفنجـانين مـن القهوة العادية في اليوم Roan, 1992 ، وبالرغم من أن الآبـاء عـادة مـا يمنعـون أبنـاءهم مـن الوصول إلى القهوة والشاي، إلا أنهم غالباً ما يسمحون لهـم بشرب المشروبـات غـير الكحوليـة المعبأة بالكافيين، والشيكولاتة الساخنة، والكوكا، كما يسمحون لهم بأكل بونبونات الشيكولاتة، والآيس كريم بالقهوة أو بالشيكولاتة، ولذلك فإن إدماننا للكافيين يمكن أن يبـدأ في الظهـور في مرحلة مبكرة للغاية، وتحديدا عند سن الستة أشهر، إلا أن شـكل هـذا الإدمـان يتغـير عنـدما ننتقل من مرحلة الطفولة إلى مرحلة البلوغ.

حالة سريرية "أنتون" Anton:

منذ وقت قريب، تم القبض على "أنتون" وهو يبلغ من العمـر 37 عامـاً، وذلـك لخيانتـه للعهد، ولقيامه بسرقة عبوات علب الجبن من أحد المحال القريبـة، كـما وجـد أيضـاً أنـه كـان

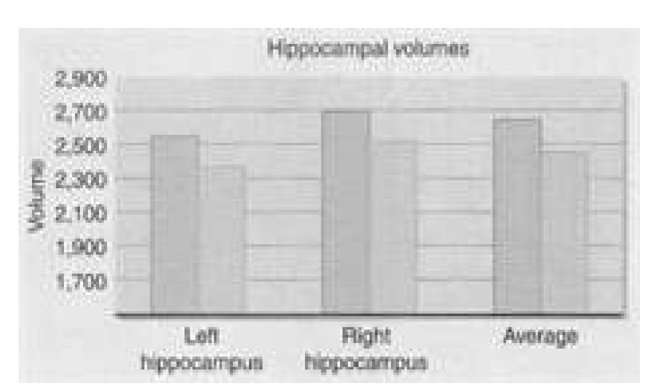
واقعاً تحت تأثير عقار الميثامفيتامين Methamphetamine، وقبل ذلك بشهرين، كان قد تـم الإفراج عنه من السجن بعد أن قضى فترة من الوقت عقاباً على جريمة سرقة بسيطة قـام بهـا، وكذلك لقيامه بشراء الميثامفيتامين، وقد كان مقرراً أن يبقى خارج السجن، غـير أن رغباتـه في الميثامفيثامين كانت ملحة وشديدة جداً جعلت من المتعذر بالنسـبة لـه أن يلتـزم بمـا جـاء في العهد الذي قطعه، وقد كان يستخدم الميثامفيتامين منذ كان عمره 26 عاماً، كما أنه قد تعرض للقبض عليه مرات كثيرة في جرائم لها علاقة بالمواد، من ضمنها الدعارة من أجل الحصول على المال الذي يعينه على إشباع عاداته .

الميثامفيتامين Methamphetamine: يُعد سوء اسـتخدام الميثامفيتـامين أحـد مشـتقات الإمفيتامينات، وقد بلغ ذروتـه في حقبـة التسـعينيات مـن القـرن المـاضي، حيـث تشـير بعـض التقديرات إلى أن عدداً كبيراً يقدر 4.7 مليون فرد في الولايات المتحدة قد جربوا الميثامفيتـامين بدرجة ما Anglin, Burke, Perrochet, et al., 2000 . فيما بين عام 2006 و2009، انخفض عدد الأفراد الذين يستخدمون الميثامفيتـامين مـن 700 ألـف إلى أكـثر مـن 300 ألـف. ولسـوء الحظ، زاد عدد المستخدمين في 2009 إلى 529 ألفا SAMHSA, 2010 .

ويميل الذكور إلى سوء استخدام الميثامفيتامين بدرجة أكبر مقارنـة بالإنـاث، عـلى العكـس من سوء استخدام معظم الأنواع الأخرى مـن الإمفيتامينـات، التـي لا توجـد فـروق كبـيرة بـين الجنسين في استخدامها، فالاستخدام بين الراشدين الصغار ممـن تـتراوح أعمارهـم بـين 18-25 انخفض ما بين عام 2002 وعام 2009 SAMHSA, 2010 . والذكور البيض تحديداً هم الذين يسيئون استخدام الميثامفيتامين أو يتعاطونهـا، غـير أن هنـاك دراسـات أحـدث أشـارت إلى أن الاسـتخدام بـين الأمـريكيين الإسـبان والأمـريكيين الأصـليين في تزايـد مسـتمر Oetting, Deffenbacher, Taylor, et al., 2000 .

والميثامفيتامين مثله مثل الإمفيتامينـات الأخـرى، يمكـن أخـذه عـن طريـق الفـم أو عـن طريق الوريد، أو يمكن استخدامه عن طريق الاستنشاق داخل الأنف. عن طريق الشم مـثلا ، وعنـدما يكـون المخـدر في شـكله البللـوري الناصـع، فإنـه يطلـق عليـه "الميثـا البللـوري" "Crystalmeth" أو الثلج، وتعد الرغبة والـلـهفة عـلى الميثامفيتـامين قويـة عـلى نحـو خـاص، وغالباً ما تستمر لعدة سنوات بعد التوقف عن استخدام المخدر، وتعد الـلـهفة Carving مـن العوامل الثابتة التي يمكن أن تتنبأ بالاستخدام فـيما بعـد Hartz, Frederick-Osborne, & Galloway, 2001 . ومثل باقي الميثامفيتامينات، يحصل المستخدمون على درجة يقظة عاليـة تستمر لساعات. وهذه الحالـة تشـمل مشـاعر النشـوة، ويصـاحبها زيـادة في تـدفق الـدم إلى القلب وباقي الأعضاء، وارتفـاع درجـة حـرارة الجسـم. فعـادة يسـبب الميثامفيتـامين الاعـتماد الجسمي الذي يشمل كلا من التحمل والانسحاب.

وقد أشارت العديد من الدراسات التي تم إجراؤها على الحيوانات إلى أن الاستخدام المزمن للميثامفيتامين يسبب إعطابا بالمخ، من خلال التأثير على كل من نظام الدوبامين ونظام السيروتينين Frost & Cadet, 2000 . وقد وجدت الدراسات الحديثة تأثيرات متشابهة في المخ البشري وخصوصا في نظام الدوبامين، فعلي سبيل المثال، وجدت إحدى الدراسات الحديثة على من يسيئون استخدام الميثامفيتامين بشكل مزمن والذين ينطبق عليهم معايير الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية للاعتماد أن هناك عددا من الإعطاب تصيب منطقة قرن آمون hippo campus في المخ انظر شكل 10-5 . كما أن صغر حجم قرن آمون لدى مستخدمي الميثامفيتامين، وقد كان ذلك مقرونا بضعف الأداء على اختبارات الذاكرة Thompson, Hayashi, Simon, et al., 2004 . وهناك دراسة أخرى أفادت بأن مستخدمي الميثافيتامينات الذين كانوا في الوقت الحالي خالين من المادة المخدرة تماماً، وبعضهم خال منذ فترة طويلة تصل إلى 11 شهراً، قد كان بهم تناقص خطير في الجين الموصل للدوبامين dopamine transporter gene الجين الموصل هو جين إما أن يدع المخدر يدخل إلى الخلية وإما أن يمنعه من الدخول إلى الخلية Volkow, Chang, Wang, et al., 2001 . وفي الواقع، فإن 3 من 15 مرضى الذين تم دراستهم، كان التناقص في إعادة امتصاص الدوبامين مشابهاً لذلك الذي يمكن رؤيته في المراحل الحادة من مرض باركنسون Parkinsonis disease، علاوة على ذلك، فإن مستخدمي الميثافيتامين كان أداؤهم أكثر بطئا من أداء مجموعة المقارنة في عدة مهام حركية، وهذه النتيجة مشابهة للنتيجة التي يمكن مشاهدتها مع المرضى المصابين بمرض باركنسون.



شكل 10-5 توضح النتائج من دراسة الرنين المغناطيسي الوظيفي FMRI أن متعاطي الميتافيتامينات العمود الأصفر لديهم قرين آمون بحجم أقل من أولئك الأفراد في المجموعة الضابطة العمود الأزرق

وفي دراسة مختلفة، تم اختبار مهمة صنع القرار معمليًا لدى عينة من الذكور الخاضعين للعلاج من الاعتماد على الميثافيتامين وذلك باستخدام مسح الرنين المغناطيسي الوظيفي fMRI Paulus, Tapert, & Schuckit, 2005 . وقد وجد الباحثون أن انخفاض

النشاط في مناطق متعددة بالمخ القشرة الخلفية للفص الجبهي، ومناطق الفص الصدغي والجداري خلال عملية صنع القرار. ويبدو أن الانخفاض يرجع إلى سوء استخدام الميثافيتامين. وما أظهرته هذه الدراسة أيضا هو عطب تعطل مناطق المخ التي تسهم في اتخاذ قرارات سليمة لدى بعض الأفراد الذين يعتمدون على الميثامفيتامين. ولكن يبقي عدم وضوح ما إذا كان الميثامفيتامين هو المسئول عن عطب هذه المناطق أم أن هذا العطب حدث قبل بدء استخدام الميثامفيتامين.

وينبغي التحذير هنا، حيث إن هناك صعوبات في إجراء هذا النوع من الدراسات تتمثل في إيجاد مشاركين لا يستخدمون سوى المادة فقط التي تدور حول الدراسة وهو في هذه الحالة الميثافيتامين . ولذلك فإن أي تأثيرات يتم ملاحظتها يمكن إرجاعها إلى هذه المادة وليس إلى مواد آخرى، وبالرغم من ذلك فإنه من الصعب العثور على مستخدمين للميثافيتامين لم يقوموا باستخدام مواد مخدرة أخرى بشكل أو بآخر، وخصوصاً الكحول والنيكوتين، فعلى سبيل المثال، في إحدى الدراسات التي تم وصفها أعلاه، لم يكن هناك اختلاف بين مستخدمي الميثافيتامين والمجموعة الضابطة من حيث تناول الكحول، بالإضافة إلى أنهم يدخنون بشكل كبير Thompson et al., 2004 . وبالرغم من ذلك فيبدو واضحاً أن هناك تأثيرات ضارة عديدة وخطيرة للميثافيتامين.

والمواد الكيميائية اللازمة لتصنيع الميثافيتامين، مثل مادة "الايفيدرين" Ephedrine وهي متوفرة بالفعل، بالرغم من إقرار قوانين لمحاولة منع شراء هذه المواد، مثل قانون السيطرة على الميثافيتامين لسنة 1996. وعندما تنخفض الكمية المعروضة من مادة "الايفيدرين"، كان يحل محله مادة "السودوإيفيدرين" Pseudoephedrine، وهي مادة شائعة موجودة في العديد من الأدوية التي تعمل على علاج انسداد الأنف، وتباع بالتجزئة بدون الحاجة إلى روشتة من الطبيب، ولكن في الوقت الحالي تم تنظيم هذه المواد أيضاً على نحو أفضل، وقد اعتاد بعض الكيميائيين استخدام الميثافيتامينات سريعة الزوال والتي تشكل خطورة على التنفس، وهو ما سبب أضراراً بتفاوت بين تهييج العين والغثيان إلى الإغماء والوفاة، كما أنها تشكل خطراً بالتعرض للحريق أو الانفجارات.

الكوكايين Cocaine: يُعد الكوكايين القلوي Alrialoid Cocaine أول ما تم استخلاصه من أوراق شجيرة الكوكا coca، وذلك في منتصف العقد الأول من القرن التاسع عشر، ومنذ ذلك الحين تم استخدامه كمخدر موضعي. وفي منتصف عقد الثمانينات ظهر شكل جديد من أشكال الكوكايين في الشوارع، يسمى "الكراك" Crack. ويأتي "الكراك" في شكل كريستال صخري يتم تسخينه، ثم يجفف ويتم تدخينه، واسم "الكراك" مشتق من كلمة "الفرقعة" Cracking، أي الصوت الذي تحدثه الصخرة عند تسخينها، وقد أدي وجود "الكراك" إلى زيادة في عدد مستخدمي الكوكايين وزيادة عدد القتلى، لأنه متوافر في جرعات

صغيرة ورخيصة نسبياً، عشر سنتات سعر 100 ملليجرام مقابل 100 سنت لكل جرام كوكايين .



نبات الكوكا. وهي أوراق نباتية تحتوي على حوالي 1 في المائة من الكوكايين

وقد بدأ المشترون صغار السن والأقل ثراءً في تجربة المخدر، وبدأوا يصبحون من مدمنيه Kozel & Adams, 1986 . و"الكراك" هو الأكثر استخدامًا في الوقت الراهن في المناطق الحضرية الأكثر فقرا في الغالب.

وقد ازداد استخدام الكوكايين بصفة عامة في حقبة السبعينيات والثمانينيات من القرن الماضي، بزيادة تتجاوز نسبتها 260 % بين عامي 1974، 1985، وبالرغم من تناقص استخدام الكوكايين في الثمانينيات ومطلع التسعينيات بدرجة مثيرة، إلا أنه عاد مرة أخرى في الزيادة من جديد في منتصف التسعينيات وخصوصا بين طلبة المدارس الثانوية وطلبة الجامعات والصغار من الراشدين بشكل عام، وفي حقيقة الأمر ففي الفترة من 2002 إلى 2009، انخفضت نسبة الأفراد الأكبر سنًا من 12 ممن يستخدمون الكوكايين من 2% إلى 1.4% انظر شكل 10-3 . وفي عام 2009، 1.6 مليون ممن هم أكبر من 12 سنة سجلوا أنهم يستخدمون الكوكايين، حيث انخفض العدد عن 2.4 مليون في عام 2006. كذلك انخفض استخدام "الكراك" لأول مرة من 337 ألفا في عام 2002 إلى 94 ألفا في عام 2009 SAMHSA, 2010 . والذكور أكثر استخدامًا للكوكايين و"الكراك" مقارنة بالسيدات.

وللكوكايين تأثيرات أخرى بجانب تخفيف الألم، حيث إنه يصل إلى المخ بسرعة، مانعاً امتصاص الدوبامين في المناطق mesolembic، ويعتقد أنه يؤدي إلى حالات من اللذة لأن الدوبامين الذي يتم تركه في المشتبك يعمل على تسهيل التوصيل العصبي. وتعد التقارير الذاتية عن اللذة والسرور الذي يحدثه الكوكايين مرتبطة ارتباطاً وثيقاً بالمدى الذي وصل إليه الكوكايين في منعه لامتصاص الدوبامين Volkow, Wang, Fischman, et al., 1997 . ويزيد الكوكايين من الرغبة الجنسية، ويولد مشاعر من الثقة بالنفس، والسعادة وعدم الشعور بالتعب، إلا أن الجرعات الزائدة منه قد تؤدي إلى حدوث نوبات الرعشة Chills، والغثيان، والأرق، وكذلك إلى مشاعر البارانويا القوية، والهلاوس المرعبة بوجود حشرات تزحف تحت الجلد. فالاستخدام المزمن يؤدي إلى زيادة حالة هياج Irritability، وإفساد العلاقات الاجتماعية، والتفكير الضلالي Paranoid Thinking، واضطرابات في الأكل والنوم. وهناك بعض المستخدمين، وليس كلهم، يظهرون أعراض

التحمل للكوكايين، مما يستلزم أخذ جرعة أكبر لإحداث نفس التأثير، وهناك مستخدمون آخرون قد يصبحون أكثر حساسية لتأثيرات الكوكايين، وهو ما يعتقد أنه أحد العوامل التي تسهم في الوفاة بعد أخذ جرعة صغيرة بشكل واضح. ويبدو أن التوقف عن استخدام الكوكايين يتسبب في حدوث أعراض حادة للانسحاب.

يستخدم "الكراك" بشكل واسع في المناطق الحضرية

والكوكايين من المواد التي تعمل على انقباض الأوعية Vasoconstrictors، فعندما يأخذ المستخدمون جرعات أكبر وأكبر من الأشكال الأنقى من الكوكايين المتوافر في الوقت الراهن، يكونون في الغالب أكثر عرضة لدخول غرفة الطوارئ، وقد يلقون حتفهم نتيجة أخذ جرعة زائدة، وفي الغالب يكون السبب هو حدوث أزمة قلبية Heart Attack National Institute on Drug Abuse NIDA 2004 , . ويزيد أيضًا الكوكايين من الاستهداف للإصابة بالجلطة Stroke، ويتسبب في حدوث اختلالات معرفية مثل صعوبة الانتباه والتذكر، وذلك بسبب مما يتسم به من خصائص تعمل على انقباض الأوعية الدموية، لذا فإن الكوكايين يشكل خطرًا من نوع خاص في فترة الحمل، لأنه قد يؤدي إلى إيقاف إمداد الجنين بالدم.

ويتناول الكوكايين عن طريق الاستنشاق الشم . أو التدخين في البايب أو السجائر، ويمكن ابتلاعه أو حتى حقنه في الأوردة، ويقوم بعض مستخدمي الهيروين بمزج المخدرين معاً، وفي السبعينيات من القرن الماضي، بدأ مستخدمو الكوكايين في الولايات المتحدة في فصل، أو تحرير عنصر الكوكايين، وذلك عن طريق تسخينه بالأثير ether، وعندما يتم تنقيته من خلال هذه العملية الكيميائية فإن أساس الكوكايين أو الأساس الحر للكوكايين - يؤدي إلى إحداث تأثيرات قوية جداً، لأنه يتم امتصاصه بسرعة، ومثله مثل معظم المواد، كلما تم امتصاصه بسرعة كان تأثيره القوي أسرع وأشد، وعادةً ما يتم تدخين الأساس الحر في بايب مائي Water Pipe. أو مرشوشاً على سيجارة تبغ أو ماريجوانا، ويتم امتصاصه بسرعة في الرئة، ويصل إلى المخ في ثوان معدودة، حيث يؤدي إلى الشعور بتحليق شديد جداً لمدة دقيقتين، يعقبهما ضيق وعدم استقرار وقلق.

عقاقير المهلوسات Hallucinogens، والإيكستاسي النشوة Ecstasy وعقار PCP:

عقار LSD وعقاقير أخرى للمهلوسات: في عام 1949 صنع الكيميائي السويسري ألبرت هوفمانAlbert Hofmann مادة مكونة من ميللجرامات قليلة من حمض دي - الليسرجيك ايثيلاميد d-lysergicacid diethylamide معروفة هذه الأيام باسم LSD. وقد استخدم مصطلح المهلوسة Psychedelic - وهي كلمة مشتقة من الكلمتين اليونانيتين المقابلة لكلمة "روح" Saul، و"العمل الظاهر" to make manifest - ليشير إلى هذه الكلمات للتأكيد على ما يقول المستخدمون إنهم يمرون به من زيادة في الوعي expansion of consciousness، والذي يقول به مستخدمو عقار الـ LSD، وغالباً ما يطلق على هذه الكلمات لفظ "نزهة Trip" الكلمة الشائعة في الوقت الحالي للإشارة إلى عقار LSD وعقاقير أخرى لها ذات التأثير، فهي كلمة عقار المهلوسة hallucinogen، والتي تشير إلى التأثيرات الرئيسة لهذه العقاقير وهي الهلاوس، وبالرغم من ذلك فإن الهلاوس عادة ما يدرك الفرد أن السبب فيها هو العقار، على عكس الهلاوس الموجود في حالة الفصام، وفيما يلي وصف للتأثيرات العامة للعقار LSD، ولكنه ينطبق أيضاً على عقاقير المهلوسة الأخرى.



يستخدم الكوكايين أما عن طريق التدخين، أو البلع، أو الحقن، أو الشم كما هو موضح في الصورة

وقد بلغ استخدام العقار الـ LSD وعقاقير المهلوسة الأخرى ذروته في حقبة الستينيات ومع مقدم الثمانينات، لم يكن هناك سوى 1 أو 2% من الأفراد هم الذين يمكن تصنيفهم على أنهم مستخدمون منتظمون لعقاقير المهلوسات. ففي عام 2009، هناك حوالي 337 ألف مستخدم جديد SAMHSA, 2007 . ولا يوجد دليل على أعراض الانسحاب أثناء التوقف عن تناول عقاقير المهلوسات، ولكن يبدو أن التحمل يتطور بسرعة Mckim. 1991 . ويعد الأمريكان السود هم الأقل عرضة بين الشباب الذين تتراوح أعمارهم ما بين 12-17 عاماً، لاستخدام عقاقير المهلوسات مقارنة بالأمريكيين البيض والآسيويين أو الإسبان Office of Applied Studies OAS , 2002 .

وبالإضافة إلى المهلوسة، ويمكن أن يغير عقار LSD إحساس الفرد بالوقت يبدو أن يتحرك ببطء . فالأفراد ممن يستخدمون عقار LSD يبدو أنهم حادون في تقلب

المزاج، ولكن يبدو أيضا وجود تجربة ممتدة من الوعي مثل رؤية مشاهد أو سماع أصوات لم يسبق له مثيل.

وتعتمد تأثيرات عقاقير المهلوسات على عدد من المتغيرات النفسية، بالإضافة إلى الجرعة ذاتها. فخصال الفرد - أي اتجاهاته وخبراته ودوافعه بخصوص أخذ العقاقير - يعتقد أنها تمثل أهمية كبيرة في تحديد ردود أفعاله تجاه عقاقير المهلوسات، كما أن السياق الذي يتم أخذ العقار فيه له أهمية أيضاً.

وهناك الكثير من المستخدمين يشعرون بقلق شديد بعد تناول عقار الـ LSD، وجزئيًا يرجع ذلك إلى الخبرات الحسية والهلاوس التي تثار من تناول العقار، وتسبب مخاوف بأنهم قد أصبحوا مجانين. وقد تصل هذه المخاوف إلى حدوث نوبات هلع. ولكن عادة ما تقل هذه المخاوف ومشاعر الهلع كلما تم أيض العقار، وبالرغم من ذلك فهناك عدد قليل من الأفراد ينخرطون في حالة ذهانية قد تستلزم الاحتجاز في المستشفى أو الخضوع لعلاج ممتد.

الومضات العقلية Flashbacks: ويشار إليها أيضًا بأنها اضطراب المهلوسات الإدراكية المستمرة HPPD hallucinogen persisting perception disorder هي تكرار الخبرات البصرية المهلوسة بعد حدوث الآثار الفسيولوجية الناجمة عن تناول المواد المهلوسة. وفي أغلب الأوقات تحدث أوقات من المشقة، أو المرض، أو التعب بعد استخدام عقار LSD. فالومضات العقلية يبدو أن بها قوة خاصة؛ إذ إنها قد تصل على الاستحواذ على الأفراد لأسابيع بل ولشهور بعد تناولهم للعقار، كما أنها تسبب حالة من الإزعاج لدى أولئك الذين يمرون بها.

وهناك عقاقير مهلوسات أخرى منها الميسكالين Mescaline والبسيلوسيبين psilocybin، ويعتقد أن تأثيراتها ناتجة عن تنشيط مستقبلات السيروتونين. فالميسكالين - هو مسكن قلوي وفعال، ونشط لمادة "بيوتي" Peyote - قد تم عزله عام 1896 من الأجزاء النامية في أعلى نبات الصبار بيوتي peyote cactus. واستخدام هذا العقار منذ قرون عديدة في المعتقدات الدينية لدى الأمريكيين الأصليين الذين يعيشون في الولايات المتحدة، وجنوب غرب وشمال المكسيك. أما البسيلوسيبين فهو عبارة عن مسحوق بللوري قام "هوفمان" Hofmann باستخلاصه من فطر عش الغراب السيلوسب المكسيكي the mushroom Psilicybe Mexicana في عام 1985.

الإيكيستاسي Ecstasy والـ PCP: أصبحت مادة الإيكستاسي - التي تشبه العقاقير المهلوسة - محرمة قانونياً في عام 1985، ويتكون عقار "الإيكستاسي" من MDMA methylenedioxymethamphetamine. وقد تم تصنيع مادة MDMA لأول مرة في مطلع القرن العشرين، وتم استخدامه لتقليل شهية الجنود في الحرب العالمية

الأولى، وتوجد المكونات الكيماوية الأولية لـ MDMA في العديد من البهارات شائعة الاستخدام مثل جوزة الطيب Nutmeg، والشبت Dill، والزعفران Saffron، والسسافراس Sassafras. ولم تكن الخواص الذهانية لـ MDMA قد وردت في الكتابات العلمية حتى بداية السبعينيات من القرن الماضي.

ويعد الإيكستاسي مشابها من الناحية الكيمائية للمهلوسات، بل وأيضًا للإمفيتامينات، لكن تأثيراته المختلفة عن هاتين الفئتين جعلت البعض يقترح وضعه في مجموعة مستقلة لوحده، يتم تسميتها بـ "entactogens" Morgan, 2000 . ويشيع استخدام الإيكستاسي بشكل واسع بين طلاب الجامعات وفي النوادي هذه الأيام. ويركز الاكتشاف 10-3 على مناقشة الاستخدام والآثار لمواد آخري مثل أكسيد النيتروز nitrous oxide. وفي جميع الأعمار، يبدو استخدام عقار الإيكستاسي قد بلغ ذروته في عام 2001 باستخدامه لدى 1.8 مليون فرد وفي عام 2003، تناقص عدد المستخدمين إلى 470 ألفا فقط. ولكن ارتفع مرة أخرى ليصل إلى 780 ألفا عام 2009، و1.1 مليون ممن استخدموا هذا العقار مرة واحدة خلال عام 2009 . SAMHSA, 2010

حالة سريرية "تمارا" Tamara:

جربت "تمارا" عقار الإيكستاسي Ecstasy X لأول مرة في أول عهدها بالجامعة، فقد توجهت لأول مرة إلى إحدى حفلات الرقص، فقام أحد الأصدقاء بإعطائها قرصا اعتقدت أنه حلوى، وبعد فترة بدأت تشعر بأنها شيء خيالي تقريبا، وكأنها ترى الأشياء من حولها بنظرة جديدة، وشعرت بالقرب من أصدقائها بدرجة عجيبة، بل إن ذلك الشعور امتد ليشمل الرجال والنساء الذين لم تتعرف عليهم إلا لتوها، وقد كان العناق والرقص القريب لذيذا، بدرجة شديدة، وبشكل جديد تماماً، وبعد انقضاء الحفلة بأيام قلائل سألت صديقها عن الحلوى أو الكيكة اللاذعة sweet tart، واستطاعت أن تعرف كيف تحصل على المزيد منها، ولكن عند تجربتها لعقار X في المرة الثانية، لم تتمكن من تحقيق نفس مشاعر البهجة والنشوة، فقد شعرت بدلا من ذلك بالدوخة الشديدة Subdued بل وانتابتها مشاعر القلق، بعد عدة مرات من استخدام عقار الـ X، ملاحظةً أنه على الرغم من حماسها بل ولهفتها لتحقيق تأثيرات العقار، إلا أنها وجدت بدلاً من ذلك أنها تشعر بشيء من الكآبة والقلق، حتى بعد مرور عدة أيام من أخذها للعقار.

في البداية يعمل الإيكستاسي على كل من تحرير السيروتونين وإعادة امتصاصه بعد ذلك Huether, Zhou, & Ruther, 1997; Liechti, Baumann, Gamma, et al., 2000; Morgan, 2000 . وقد كان هناك اعتقاد في وقت من الأوقات أن استخدام الإيكستاسي خال من الضرر نسبيا، غير أن الأدلة العلمية المتتالية تشير إلى أنه قد يكون له تأثيرات عصبية متنامية على جهاز السيروتونين De Souza, Battaglia, &Insel, 1990; Gerra, Zaimovic, Ferri, et al., 2000 . ومن الصعب القول، ما إذا كانت هذه التأثيرات السامة ناتجة بشكل مباشر عن استخدام العقار أم لا، طالما لا توجد هناك أية دراسات على البشر حتى الآن قامت بتقييم أداء السيروتونين قبل وبعد استخدام الإيكستاسي، وعلى أي حال فإن الدراسات التي تم إجراؤها على الحيوانات قد أظهرت أن جرعة واحدة من الإيكستاسي تتسبب في استنزاف السيروتونين أما الاستخدام المستمر فمن شأنه أن يتلف خلايا السيروتونين والأعصاب الطرفية Harkin, Connor, Malrooney, et al., 2001; Morgan, 2000 .

نظرة على الاكتشاف 10-3

أكسيد النيتروز Nitrous Oxide - ليس مادة مضحكة:

أكسيد النيتروز هو غاز عديم اللون، ومتوفر منذ القرن التاسع عشر، وفي خلال ثوان معدودة يؤدي هذا العقار إلى الترنح، وفقدان الوعي، والشعور بالنشوة والسعادة عند معظم الأفراد، وبالنسبة للبعض، يبدو أن الأفكار المهمة تنبثق في الذهن نتيجة لأخذ هذا الغاز، فضلا عن أن الكثير من الأفراد يرون في الأحداث الطبيعية المعتادة أحداثا مثيرة للضحك على نحو لا يمكن مقاومته، ومن ثم فقد أخذ هذا الغاز الاسم الشهير له، وهو "الغاز المضحك" laughing gas.

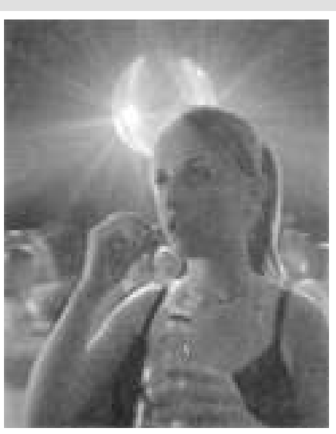


أكسيد النيتروز ليس مادة مضحكة

ولعل قراء هذا الكتاب قد تناولوا غاز النيتروز في عيادة طبيب الأسنان لتسهيل عملة الاسترخاء، فضلاً عن أنه يجعل الإجراءات غير المريحة والمخيفة المتعلقة بالأسنان، يجعلها أكثر ليونة واستساغة. وهناك ميزة كبيرة لغاز أكسيد النيتروز يتميز بها عن المسكنات والمهدئات الأخرى وهي أن المريض يمكنه أن يعود إلى حالة المشي الطبيعي في خلال دقائق من تنفس الأكسجين

المكثف أو الهواء الطبيعي، وهناك ميزة أخرى وهى أن المرضى يمكن أن يتعلموا كيفية التحكم في مدى العمق الذي يصلون إليه عن طريق أخذ أنفاس قليلة من الهواء الطبيعي.

ويندرج غاز أكسيد النيتروز تحت مجموعة أوسع من الغازات المستنشقة، كما أنه قد تم استخدامه كوسيلة للترفيه منذ أن أصبح متوفرًا لأول مرة بالرغم من أنه قد أصبح غير شرعي ومخالفا للقانون منذ سنوات عديدة في معظم الدول، إلا إذا كان تحت إشراف متخصصين صحيين مناسبين. وكما هى الحال مع العقاقير الأخرى التي تم دراستها في هذا الفصل، فإن تحريمه وخطره قانونياً لم يقف حائلاً دون استخدامه بدون إشراف. ويعد من أكثر المواد المستنشقة بين المراهقين الغراء sniffing glue، والجازولين، والدهانات، حيث يبلغ معدل استخدام هذا الغاز 22% بين أولئك الذين يستخدمون المستنشقات، وهي تعد نسبة مرتفعة Wu, Pilowsky, & Schlenger, 2004 . وأحيانًا يطلق على غاز أكسيد النيتروز مسمى "whippets" أو "hippie crack"، حيث يتم في الغالب مزجها باستخدام الإيكستاسي وعقاقير أخرى في الحفلات التي تتميز بأضواء الليزر الساطعة وموسيقى الرقص الصاخبة مثل حفلات الهائجين Raves .


الإيكستاسي مادة شعبية منتشرة، ولكنها مثل العديد من المواد لا تخلو من الآثار السيئة

وذكر المستخدمون أن الإيكستاسي يزيد المودة والفهم، كما أنه يحسن العلاقات الشخصية، ويرفع المزاج، ويزيد الثقة بالنفس. كما يشجع على الإدراك الجمالي، ويمكنه أن يسبب أيضًا توتر العضلات، وحركات سريعة بالعين، وإغلاق الفكين وتصلبهما، والغثيان، والإعياء، ونوبات ارتعاش، والعرق، والقلق، والاكتئاب، وانعدام الشخصية depersonalization، والارتباك. وتشير بعض الأدلة إلى أن التأثيرات الذاتية والنفسية للإيكستاسي - بما فيها السارة والعكس - قد تكون أقوى عند السيدات عند مقارنتها بالذكور ,.Liechti et al . 2000

أما الـ PCP الفيتسيكليدين phencyclideine والذي يطلق عليه في الغالب اسم "تراب الملائكة" angel dust فهو عقار آخر من الصعب تصنيفه، وقد ظهر كمهدئ للأحصنة والحيوانات الضخمة الأخرى، وبشكل عام فإنه يسبب ردود فعل سلبية خطيرة منها البارانويا الحادة والعنف. وقد يؤدي أيضًا إلى الإغماء والوفاة. ويؤثر الـ PCP على عدة موصلات عصبية في المخ، كما أن الاستخدام المزمن يكون مصحوبا بحدوث

أضرار عصبية بيولوجية، ويعد الأفراد الذين يتعاطون عقار الـ PCP عرضة لاستخدام عقاقير أو مواد أخرى سواء قبل أخذ الـ PCP أو تناول الاثنين في وقت واحد، ولذلك فمن الصعب تحديد ما إذا كانت الأضرار العصبية البيولوجية ناجمة عن الـ PCP وحده أم عن عقاقير أخرى عن كلا الاثنين معا. وقد تزايد استخدام الـ PCP في بداية التسعينيات وحتى منتصفها، ولكن تناقص في أواخر التسعينات، حيث انخفض عدد مستخدمي الـ PCP في عام 2009 إلى 45 ألفا، في حين كان 123 ألفا في عام 2002 SAMHSA, 2010 .

ملخص سريع :

تشمل الأفيونيات كلا من الهيروين ومواد أخرى مخففة للألم مثل الهيدروكودون والكسيكودوني، وقد ازداد سوء استخدام الوصفات الطبية التي تحتوي على أدوية مخففة للألم بدرجة مثيرة، كما أصبح أخذ الجرعة بكميات زائدة أمراً شائعاً. وتشمل الآثار أو التأثيرات المبدئية للأفيونات الانشراح أو النشوة، وبعد ذلك يشعر المستخدمون بحالة من الإحباط والخيبة، ويعد الموت الناجم عن زيادة جرعات الأفيونات من المشاكل الخطيرة، وهناك مشاكل أخرى من ضمنها التعرض لفيروس نقص المناعة المكتسب والتعرض لعوامل عدوى آخري من خلال استخدام الإبر، وقد يتم وصف المسكنات الصناعية بشكل أقل من المعتاد، حيث إنها تعمل على ارتخاء العضلات، وتقلل من القلق، ويمكن أن تؤدي إلى توليد حالة من النشوة الخفيفة، إلا أن الجرعات الزائدة يمكن أن تكون قاتلة، ويعد الانسحاب خطيراً بالنسبة للأفيونات والمسكنات الصناعية.

أما الإمفيتامينات فإنها منشطات تولد شعوراً باليقظة وسرعة البداهة، والنشوة، ويتساوي الذكور مع الإناث في استخدامها، ويظهر التحمل بشكل سريع، أما الميثافيتامين فهو عبارة عن أمفيتامينامين مركب، وقد تزايد استخدامه بشكل مثير منذ التسعينيات والذكور يستخدمونه بشكل أكبر مقارنة بالإناث، كما أن البيض أكثر استخداماً له من الجماعات العرقية الأخرى، ويمكن للميثافيتامين أن يحدث أضرارا بالمخ في مناطق منها منطقة قرن آمون. ويظل الكوكايين و"الكراك" يمثلان مشكلة خطيرة، فالكوكايين يزيد من الرغبة الجنسية والسعادة وسرعة البداهة إلا أن الاستخدام المزمن له تصاحبه مشاكل في العلاقات، وكذلك البارانويا، واضطرابات النوم بخلاف الأشياء الأخرى، وكلما كان امتصاص الكوكايين أو "الكراك" أسرع زادت سرعة تحول الفرد وتحليقه في عالم آخر.

أما عقار الـ LSD فقد كان من عقاقير المهلوسة الشائعة في الستينيات والسبعينيات، وفي الغالب يكون المعلن هو أنه عقار موسع للروح أو العقل mind expending drug، وقد كان العقار الموسع للعقل في التسعينيات هو الإيكستاسي. وبالرغم من أن هذه العقاقير

لا تظهر إشارات لأعراض الانسحاب على وجه التحديد، إلا أن التحمل قد يظهر، وهناك بعض الدلائل على انخفاض استخدام الإيكستاسي عام 2001، إلا أنه ارتفع مرة أخرى. ويظل عقار الـ PCP يمثل مشكلة في المناطق الحضرية، فهذا العقار من شأنه أن يتسبب في الإصابة بالبارانويا الحادة والعنف الشديد.

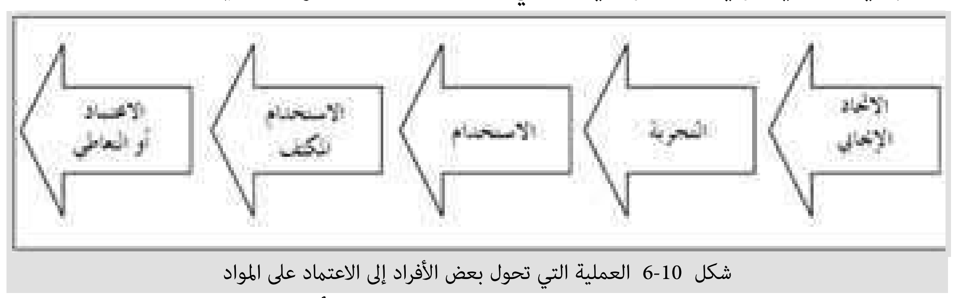
أسباب الاضطرابات المرتبطة بالمواد Etiology of Substance Use Disorders:

يتعين علينا أن ندرك أن عملية الاعتماد على المواد هي عملية متطورة بصفة عامة، ففي البداية لابد للفرد أن يكون اتجاهًا إيجابياً نحو المادة ثم يبدأ في تجربة استخدامها، وبعد ذلك يبدأ في استخدامها بشكل منتظم، ثم ينخرط في استخدامها بكثافة، وفي النهاية يتعاطاها أو يصبح معتمداً عليها انظر شكل 10-6 .

والفكرة العامة هي أن بعض الأفراد يصبحون بعد الاستخدام المكثف لمدة طويلة أسرى للتأثيرات البيولوجية للتحمل والانسحاب، ولم يبدأ الباحثون في دراسة طبيعة هذه العملية إلا مؤخرا، قد تعتمد النقطة التي يتم دراستها في العملية، على سبيل المثال، على إظهار اتجاه إيجابي نحو التدخين، والبدء في تجربة التبغ واللذين يرتبطان ارتباطاً وثيقاً بتدخين أفراد الأسرة الآخرين Robinson, Klesges, Zbikowski, et al., 1997 . وعلى النقيض، فعملية أن يصبح الفرد مدخناً منتظما هي عملية ترتبط ارتباطاً وثيقاً بالأقران والقدرة على الحصول على السجائر بسرعة Robinson et al., 1997; Wang, Fitzhugh, Eddy, et al., 1997 .

وبشكل أكثر تعميماً، فإن تبنى طريقة تطورية لفهم أسباب اضطرابات استخدام المواد هو أمر يستلزم دراسة الأفراد في أوقات مختلفة بداية من أول علامة على استخدام المادة. فدراسة مسار مشكلات استخدام المواد بين المراهقين تقترح أن المراهقين المختلفين يتبعون مسارات مختلفة Jackson, Sher, & Wood, 2000; Wills, Sandy, Shinar, et al., et al., 1999 . فمثلاً هناك دراسة قامت بتحديد مسارين بالتحديد نحو استخدام الكحول عند المراهقين: 1 مجموعة تبدأ بشرب الكحول في وقت مبكر من المراهقة، ويستمرون في زيادة مستويات شربهم طول المدرسة الثانوية. 2 مجموعة تبدأ في شرب كمية أقل في بداية المراهقة، ويزدادون في الشراب عند نقطتين هما نقطتا الذروة، وهما: الأولى في المدرسة الإعدادية والثانية في أواخر الثانوية. وقد جاء الذكور أكثر عرضة لاتباع مسار المجموعة الأولى، أما الإناث فقد كن أكثر عرضة لاتباع مسار المجموعة الثانية، بل حتى مساراتهم أسرع في الشراب من المسارات التي يتبعها الأولاد Li, Duncan, & Hops, 2001 .

وهناك آراء أخرى تشمل ما نعرفه عن تطور المـخ وخصوصاً في المراهقـة. وتشـير إحـدى المراجعات الحديثة إلى حقيقة أن منطقة المخ التي ترتبط بالحكم على الأشياء، واتخـاذ القـرار، والبحث عن الجديد، والتحكم في الدوافع هي منطق القشرة الأمامية frontal cortex، وتظـل تنمو في الوقت الذي يبدأ فيه المراهقون بتجربـة المـواد والكحـول Chambers, Taylor, & Potenza, 2003 . ويعتقـد أن الأجهـزة العصـبية المهمـة للحـافز أو الثـواب تشـمل ممـرات الدوبامين، والسيروتونين، والجلوتامين، والتي تمر كلها خلال القشرة الأمامية.



شكل 10-6 العملية التي تحول بعض الأفراد إلى الاعتماد على المواد

وبالرغم من إمكانية تطبيقها في العديد من الحالات، إلا أن الطريقـة التطوريـة لا تـفسر كل حالات استخدام أو الاعتماد علي المواد. فعلي سبيل المثال، هناك حالات ثابتـة لم يـؤد فيهـا الاستخدام المكثف للتبغ أو الهيروين إلى الاعتماد، علاوة على ذلك، فإنه يتعين علينـا أن نتـذكر أولاً أننا لا نتحدث عن تقدم لا مفر منه يمر بمراحل، حيث إن بعض الأفراد يمرون بفـترات مـن الاستخدام المكثف للمادة - مثل الكحول - ثم يعودون إلى الاسـتخدام المعتـدل. كـذلك هنـاك بعض الأفراد لا يحتاجون إلى فترة من الاستخدام المكثف ليصبحوا معتمدين على المادة كـما في حالة مادة الميثافيتامين. وفي الفقرات التالية سوف نناقش العوامل الوراثية، والعوامل العصـبية البيولوجية، والعوامل النفسية، والعوامل الاجتماعية الثقافيـة المرتبطـة بالاضـطرابات المتعلقـة باستخدام المواد، ومن المهم أن نضع في الاعتبار أن هذه العوامل من المرجح، أن تكون متعلقة بمواد مختلفـة بـدرجات متفاوتـة. فالعوامـل الوراثيـة مـثلاً قـد تلعـب دوراً في الاعـتماد عـلى الكحول، غير أن دورها يعد أقل أهمية عند استخدام عقاقير المهلوسة.

العوامل الوراثية Genetic Factors :

هناك الكثير من الأبحاث التي قامت بدراسـة إمكانيـة أن تكـون هنـاك نزعـة وراثيـة لاضـطرابات اسـتخدام الكحـول والمـواد. وقـد أظهـرت العديـد مـن الدراسـات أن الأقـارب والأطفال لأشخاص يمارسون الشراب تبلغ معـدلات اسـتخدامهم واعـتمادهم عـلى الكحـول

أعلى من المتوقع e.g., Chassin, Pitts, Delucia, et al., 1999 . والدليل الأقوى على وجـود استعداد وراثي يأتي من دراسات التوائم، التي كشفت عن وجود توافق بين التـوائم المتطابقـة/ المتماثلة identical twins أكثر مـن التوافـق الموجـود بـين التـوائم الإخـوة fraternal twins، وذلك بالنسبة لاضطراب استخدام الكحول McGue, Pickens, & Svikis, 1992 . والتـدخين True, Xiam, Scherrer, et al., 1999 . وللاسـتخدام الكثيـف للماريجوانـا kendler & Prescott, 1998 ، واضطرابات اسـتخدام المـواد بصـفة عامـة Tsuang, Lyons, Meyer, et al., 1998 . وتشير دراسات علم الوراثة السلوكي إلى أن الوراثية تتقاسم مع عوامل الاسـتهداف البيئية انظر الفصل الثاني لاضطرابات استخدام المواد Karkowski, Prescott, & Kendler, 2000; Kendler, Jacobsen, et al., 2003 . وتظهر هذه العوامل الوراثية المشتركة مع عوامل الاستهداف البيئية لتكون هي نفسـها بغـض النظـر عـن نـوع المـادة الماريجوانـا، والكوكـايين، والمواد الأفيونية، والمهلوسات، والمهدئات، والمنشطات . يبدو أن هذا صحيح بالنسبة لكـل مـن الذكور والإناث Kendler, Prescott, Myers, et al., 2003 .

بالطبع تؤدي الوراثة دورها من خـلال البيئـة، والبحـث عـن كشـف التفـاعلات بـين الوراثـة والبيئة في اضطرابات استخدام الكحول والمواد. فبين المراهقين، والأقارب، والآبـاء تظهـر أهميـة المتغيرات البيئية. فعلي سبيل المثال، وجـدت دراسـة التـوائم في فنلنـدا أن التوريـث لمشـكلات الكحول بين المراهقين مرتفعة بـين المـراهقين الـذين لـديهم عـدد كبـير مـن الرفقـاء يشربـون الكحول مقارنة بالذين لديهم أعدد أقل من الزملاء ممن يشربون Dick, Pagan, Viken, et al., 2007 . فالبيئة في هذه الحالة تمثل مجموعة الرفقاء ممـن لـديهم سـلوك الشراب. دراسـة أخرى وجدت أن التوريث لكل من الكحول والتدخين بين المراهقين يكون مرتفعا لهـؤلاء ممـن لديهم أصدقاء أيضًا يشربون أو يدخنون Harden, Hill, Turkheimer, & Emery, 2008 . وفي هذه الحالة تتمثل البيئة في عامل سلوك الصديق. كذلك وجدت دراسة أخرى أن التوريث للتدخين يكون أكبر بين المراهقين الذين يـذهبون لمـدارس تتسـم بـأن بهـا جماهـير كثـيرة مـن الطلبة تدخن مقارنة بالمـدارس التـي توصـف بعـد تـدخين الطـلاب بهـا Boardman, Saint Onge, Haberstick, et al., 2008 .

ويمكن أن يورث اضطراب استخدام الكحول من خلال القـدرة عـلى تحمـل كميـات كبيرة من الكحول. بمعنى أنه لكي يصبح الفرد معتمدًا على الكحول، فلابد أن يكون قادراً على تناول الكحول كثيراً، بعبارة أخرى يتعين على الفرد أن يكون قادراً على التحمل عـلى كميات كبـيرة مـن الكحـول، وقـد تكـون بعـض الجماعـات الإثنيـة أو العرقيـة معـدلات منخفضة مـن تعـاطي الكحـول، مثـل الآسـيويين، وذلـك يرجـع إلى وجـود عـدم تحمـل فسـيولوجي physiological intolerance، والـذي ينـتج عــن قصـور وراثي في أحــد

الأنزيمات التي تتضمنها عملية أيض الكحول alcohol metabolism، ويعرف باسم alcohol dehydrogenases or ADH Edenberg, Xuie, Chen, et al., 2006; Sher, Grekin, & Williams, 2005 . حيث إن ما يقرب من ثلاثة أرباع الآسيويين يتعرضون لتأثيرات غير سارة جراء كميات صغيرة من الكحول، وهو ما قد يحميهم من تعاطي الكحول أو الاعتماد عليه.

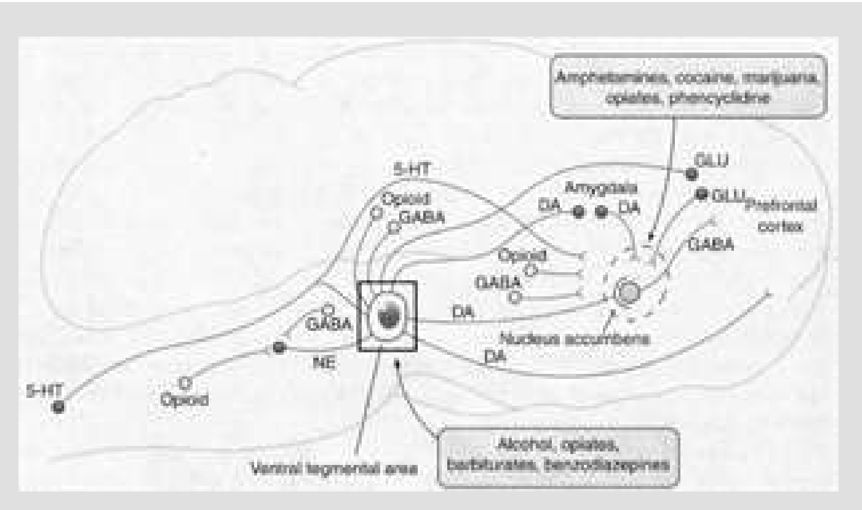
وقد وجد دليل آخر أن الأفراد الذين يعانون خلل الجينات يطلق عليه CP2A6، يكون مصاحبا بأيض النيكوتين، هؤلاء الأفراد يدخنون عددا أقل من السجائر كما أنهم أقل عرضة لأن يصبحوا معتمدين على النيكوتين Pomerleau, Collins, Shiffman, et al., 1993 ، ويعد هذا مثالاً مهمًا على وجود عيب جيني يعمل أو يؤدي وظيفة الحماية، وسيكون من المهم تكرار هذه النتيجة مع عينات أخرى. وفحص البحث أيضًا الارتباط بين التدخين والجين المنظم لإعادة امتصاص الدوبامين، ويسمي SLC6A3. حيث وجد ارتباط شكل من هذا الجين بانخفاض التدخين إلى حد ما Lerman, Caporaso, Audrain, et al., 1999 . وارتفاع الإقلاع عن التدخين Sabo, Nelson, Fisher, et al., 1999 . كذلك وجد الباحثون أن الجينات مثل CYP2A6 تسهم في قدرة الجسم على أيض النيكوتين سواء بشكل سريع أو بطيء. فيقصد بأيض النيكوتين بشكل بطيء أن النيكوتين يبقي لفترة أطول في المخ. وقد أوضحت إحدى الدراسات الطولية أن المراهقين ممن لديهم جينات ترتبط بانخفاض أيض النيكوتين سيكونون معتمدين على النيكوتين بعد مرور خمس سنوات O'Loughlin, Paradis, Kim, et al., 2005 . ووجد دليل آخر حول أن الأفراد الذين لديهم انخفاض نشاط في جين CYP2A6 يدخنون عددا أقل من السجاير وعادة ما يكونون أقل اعتمادًا على النيكوتين Audrain-McGovern, & Tercyak, 2011; Rao, Hoffmann, Zia, et al., 2000 . وهذا يُعد مثالا مثيرا للجين متعدد الأشكال المستخدمة لحماية الوظيفة.

العوامل العصبية البيولوجية neurobiological factors :

لعلك قد لاحظت أن الموصل العصبي الذي يطلق عليه الدوبامين يتردد ذكره بشكل دائم تقريباً في مناقشتنا لبعض المواد، ولا يعد ذلك مثيرا للدهشة خاصة إذا علمنا أن مسارات الدوبامين في المخ ترتبط على نحو مهم باللذة أو الإثابة أو المكافأة، وتحديدًا فإن استخدام المواد يؤدي إلى إثارة مشاعر المكافأة أو المشاعر السارة المثيرة للذة، ويم توليد هذه المشاعر عبر نظام الدوبامين، وتظهر الدراسات التي يتم إجراؤها مع كل من الحيوانات والبشر أن كل المواد تقريبا بما فيها الكحول تقوم بتنشيط أنظمة الدوبامين في المخ انظر شكل 10-7 ، وبصفة خاصة المسار الميزوليمبى mesolimbic pathway

Cami & Farre, 2003; Koob, 2008. وعندئـذ تسـاءل البـاحثون عـما إذا كانـت مسـارات الدوبامين الموجودة في المخ يمكن أن تقدم تفسـيرا مـا للسـؤال المتمثـل في: لمـاذا يصـبح بعـض الأفراد معتمدين على المواد؟ ويشير أحد الأدلة إلى أن الأفراد المعتمدين عـلى الكحـول يعـانون وجـود عيب أو نقص أو خلل في مستقبل الدوبامين المسمى DRD2 Noble, 2003 .

فالأفراد لا يأخذون المواد فقط للشعور بأنهم في حالة جيدة. بل أيضًا ليشعروا بأنهم أقـل سـوءًا. هـذه هـى الحـال بشـكل خـاص عنـدما يعتمـد الفـرد عـلى مـادة، مثـل الكحـول أو الميثامفيتامين أو الهيروين، التي هي تمثل أعراض انسحابها شعورًا غـير سـار عـلى الإطـلاق. وفي كلمات أخرى، يأخذ الأفراد المواد لتجنب المشاعر السـيئة المرتبطـة بالانسـحاب. فقـد دعمـت الأبحاث على الحيوانات هذا سـلوك الـدافع لأخـذ المـادة Koob & Le Moal, 2008 . وهـذا البحث يساعد على تفسير لماذا الانتكاس أمر شائع جدا.



شكل 10-7 مسارات المكافأة في المخ التي تتأثر بالمواد المختلفة. الدوبامين =DA، حمض الجابا = GABA، الجلوتمات = GLU، السيروتونين = HT-5، النورادرينالين = NE.

وقد قام الباحثون بطـرح النظريـة العصـبية البيولوجيـة، والتـي يطلـق عليهـا نظريـة الـدافع - زيـادة الحساسـية incentive - sensitization theory، والتـي تهـتم بكـل مـن الـلـهفة على المواد Craving، والتي يطلقون عليها الولع wanting ، واللذة التي تنتج عـن أخذ وتناول المواد Robinson & Berridge, 1993 . فنظـام الـدوبامين المـرتبط بالمكافـأة أو الولع حسب رأيهم، يصبح شديد الحساسية ليس فقـط للتـأثيرات المبـاشرة للمـواد، بـل

المثيرات أو الأشياء المثيرة المرتبطة بالمواد أيضاً مثل الإبر، الملاعق، وورق اللف وهذه الحساسية للمثيرات تسبب اللهفة Craving. وتدفع الأفراد إلى بذل جهود كبيرة في البحث عن المواد ومحاولة الحصول عليها، ومع مرور الوقت يتناقص حب المواد، ولكن الإرادة تظل قوية وشديدة للغاية، ويذهب هؤلاء الباحثون إلى أن التحول من الحب إلى الإرادة القوية، الذي تسببه تأثيرات المواد على مسارات المخ التي تحتوي على الدوبامين هو الذي يعمل على استمرار الإدمان.

وبالطبع فإن العوامل العصبية البيولوجية والعوامل الوراثية والعوامل البيئية لا تعمل في عزلة، وستكون أكثر التفسيرات شمولاً للاضطرابات المتعلقة باستخدام المواد، هي تلك التي تدرس كيف تتضافر العوامل البيئية مع العوامل الوراثية أو العوامل العصبية البيولوجية لتساعدها في إحداث التأثيرات الخاصة بها، وتظهر الأبحاث التي يتم إجراؤها مع الحيوانات هذه الحقيقة بشكل واضح لا لبس فيه، فعلى سبيل المثال، الدراسات التي تم إجراؤها على فئران تم فصلها عن أمهاتها عند الميلاد وهو حادث مؤلم للغاية حتى للفئران أظهرت أن هذه الفئران تستجيب لحقن الميثافيتامين أو الكوكايين في وقت لاحق من حياتها بشكل يختلف تماماً عن الفئران التي لم يتم فصلها، ولكنها عانت الضغط المؤلم في وقت مبكر من حياتها كثرة تعامل البشر معها . وقد أوضح الباحثون أن هذين النوعين من الضغط العصبي المبكر يؤثران بشكل مختلف على الطريقة التي ينمو بها نظام الدوبامين في هذه الحيوانات، والتي أسهمت فيما بعد في استجابتها للمواد Meaney, Brake, & Gratton, 2002 .

العوامل النفسية Psychological Factors :

في هذه الفقرة نحن أمام ثلاثة أنماط من العوامل السيكولوجية التي تسهم في أسباب الاضطرابات المتعلقة بالاعتماد على المادة، أولا: نحن نقوم بدراسة تأثيرات المواد وخصوصاً الكحول والمواد على الحالة المزاجية، ونحن نقوم بدراسة المواقف التي يحدث فيها تأثير يقلل التوتر، ودور الإدراك، أو المعرفة في هذه العملية، ثانياً: نقوم بدراسة توقعات الأفراد حول تأثيرات المواد في السلوك، ثالثًا: نقوم بدراسة سمات الشخصية التي ربما تجعل بعض الأفراد أكثر عرضة لاستخدام المواد بكثافة.

تغيير الحالة المزاجية Mood Alteration: هناك افتراض عام بأن الدوافع النفسية الرئيسة لاستخدام المواد هي تغير الحالة المزاجية، بمعنى أن استخدام المواد يتم تعزيزه لأنه يعمل على تحسين الحالات المزاجية الإيجابية، والتقليل من الحالات المزاجية السلبية، فعلي سبيل المثال، يعتقد معظم الأفراد أن زيادة في التوتر مثلاً بسبب يوم سيىء في المكتب يؤدي إلى زيادة استهلاك الكحول. كما يمكن القول بأن المشقة يزيد من التدخين،

أو على الأقل الشروع في التدخين والانتكاس بعد الإقلاع منه Kassel, Stroud, & Paronis, 2003; Shiffman & Waters, 2004 .

وقد أكدت الدراسات الطولية عن المشقة والاستهلاك بعض الدعم لهذه الفكرة. فعلى سبيل المثال، وجدت دراسة طولية على المراهقين المدخنين المراهقين أن زيادة التأثير سلبي وأحداث الحياة السلبية ترتبط بتزايد التدخين Wills, Sandy, & Yaeger, 2002 . وكشفت دراسات أخرى عن أن المشقة الحياتية تسبق الانتكاسات المرتبطة بالكحول e.g., Brown, Beck, Steer, et al., 1990 . ولكن بعض الأبحاث الطولية الأخرى لم تجد أن زيادة استهلاك الكحول يأتي بعد الحصول على تقارير ذاتية عن زيادة المشقة الحياتية Brennan, Schutte, & Moos, 1999 . وذلك بسبب تداخل الكثير من المتغيرات الثالثة التي ترتبط بالمشقة واستهلاك المواد، ونحن جميعًا نتفق على أن الدراسات التجريبية المعملية مهمة في هذا المجال. النتائج المستخلصة من هذه الدراسات معقدة، وتشير إلى أنه إذا انخفض التوتر، فإن هناك سياقات معينة لبعض الأفراد. بالإضافة إلى ذلك، المواد يمكن أن تقلل من أكثر من مجرد التوتر. فعلى سبيل المثال، وجدت الأبحاث أن الكحول يقلل الانفعالات السلبية، ولكنه يقلل أيضا المشاعر الإيجابية في الاستجابة لحالات مثيرة للقلق Curtin, Lang, Patrick, et al., 1998; Strizke, Patrick, & Lang, 1995 .

كما أن الدراسات التي تم إجراؤها على الخواص التي يتميز بها النيكوتين في تقليل التوتر، قد أظهرت أيضاً نتائج متضاربة، مع وجود دراسات أخرى فشلت في إثبات حدوث انخفاض التوتر بعد تناول النيكوتين Kassel et al., 2003 . وقد تكون الأسباب التي أدت إلى الخروج بنتائج متضاربة هي الفشل في دراسة مراحل التدخين، وهذا يعني أن تقليل التوتر وكذلك المشاعر السلبية يبدو أنها تلعب دوراً في البدء في التدخين أكبر من الدور الذي تلعبه في الحفاظ على التدخين أو الاستمرار في التدخين أو في الانتكاسة بعد العلاج Kassel et al., 2003 . وربما ذلك تفسره دراسة تجريبية فحصت أنماط المواقف التي ترتبط بالانخفاض في الوجدان السلبي بعد التدخين Perkins, Karelitz, Conklin, et al., 2010 . فالمشاركون الذين يدخنون بانتظام يتعرضون لمواقف من قبيل إلقاء محادثة، ممارسة لعبة صعبة على الكمبيوتر، الامتناع عن التدخين لمدة 12 ساعة، رؤية صور متداخلة. وجد الباحثون أن خبرة الأفراد في الخفض الشديد للوجدان السلبي بعد الامتناع عن التدخين. ومن ثم تقترح النتائج بضرورة الأخذ في الاعتبار الموقف عند التفكير إذا ما كان التدخين يقلل الوجدان السلبي أم لا.

وعلاوة على ذلك، فإنه قد لا يكون النيكوتين الذي يرتبط بانخفاض الوجدان السلبي، وإنما الجوانب الحسية للتدخين مثل استنشاق . ففي الدراسة السابقة، جاءت خبرة المشاركين بانخفاض الوجدان السلبي سواء إذا كانت السجاير للتدخين تحتوي على

النيكوتين أم لا Perkins et al., 2010 . وفي إحدي الدراسات التجريبية العشوائية وزع على المدخنين سجائر بالنيكوتين أو بدونه لا يمكن تمييزها من قبل المشاركين بعد حدوث مزاج سلبي أو إيجابي Perkins, Ciccocioppo, Conklin, et al., 2008 . كما تناول الباحثون أيضًا توقعات المدخنين. حيث يتوقع بعض المدخنين ممن حصلوا على السجائر بالنيكوتين، وآخرون يتوقعون النيكوتين ولكنهم في الحقيقة لم يحصلوا عليه، والبعض الآخر يتوقع ألا يحصلوا على النيكوتين ولكنه تم عكس ذلك، وجاءت النتائج لتكشف عن أن التدخين يخفض الوجدان السلبي، ولكن هذا ينطبق على المدخنين بغض النظر عما كان متوقعًا الحصول على التدخين أو الواقع بالفعل أي سيجارة مع أو بدون النيكوتين . بدلا من ذلك، ارتبطت آثار الاستنشاق - سواء أكان هناك النيكوتين أم لا - بانخفاض شديد للوجدان السلبي.

وقد تركزت الأبحاث اللاحقة لدراسة أسباب هذه النتائج غير المتناسقة على حالات يستخدم فيها الكحول أو استهلاك النيكوتين على وجه التحديد. وتشير النتائج إلى أن الكحول قد يعمل على تقليل التوتر عن طريق تغيير المعرفة والإدراك الحسي Curtin et al., 1998; Josephs & Steele, 1990; Steele & Josephs, 1988 . والكحول يسبب أيضا خللا في العملية المعرفية، ويقصر الانتباه فقط على الهاديات الفورية مما يؤدي إلى قصر النظر على الكحول Steele & Josephs, 1990 . بعبارة أخرى، الفرد في حالة السُكر يكون أقل قدرة معرفية ويميل إلى استخدام تلك القدرة على التركيز على التشتت الفوري، وبعبارة أخرى، أوضحت الدراسات التجريبية أيضًا أن التشتت المعرفي يمكن أن يقلل السلوك العدواني لدى الأفراد المخمورين Giancola & Corman, 2007 .

وقد ثبت أيضاً وجود فوائد من وراء التشتت بالنسبة للنيكوتين، وبالتحديد، فإن المدخنين الذين يدخنون في وجود نشاط مشتت قد حققوا تناقصا في القلق، في حين أن المدخنين الذين دخنوا مع عدم وجود نشاط مشتت لا يتعرضون لتناقص في القلق Kassel & Shiffman, 1997; Kassel & Unrod, 2000 . وبالرغم من ذلك، فإن الكحول والنيكوتين قد يعملان على زيادة التوتر عندما لا يوجد هناك أي توترات أو تشتيتات، فمثلاً، الفرد الذي شرب لوحده قد ركز كل قدراته المعرفية المحدودة على الأفكار غير السارة، ويبدأ في الاكتئاب ويصبح متوتراً بشدة، ويجتاحه القلق، وهو الموقف الذي يصوره التعبير "يصرخ منادياً طالباً بيرة " crying in one's beer.

وخلاصة القول، تشير الدراسات التجريبية المتاحة القليلة إلى أن هناك قصورًا مهماً حول متى وكيف يمكن أن تخفف المواد من حدة التوتر. ومن ثم فهناك حاجة إلى مزيد من الأبحاث التجريبية Kassel et al., 2003 .

فانخفاض التـوتر هـو الجانـب الوحيـد فقـط للآثـار المحتملـة للمـواد عـلى المـزاج. فقـد يستخدم بعض الأفراد المواد للحد من الوجدان السلبي، في حين أن البعض الآخر قـد يسـتخدم المواد لزيادة الوجدان الإيجابي عند شعورهم بالملل Cooper, Frone, Russell, et al., 1995 . ففي هذه الحالة، يُعد زيادة استخدام المواد من نواتج الحاجـة للتنشـيط بجانـب التوقعـات بأن هذه المواد تعزز زيادة الوجدان الإيجـابي. وقـد تأكـدت هـذه الأنمـاط مـن الأفـراد الـذين يسيئون استخدام الكحـول والكوكـايين Cooper et al., 1995; Hussong, Hicks, Levy, et al., 2001 .

التوقعـات حـول تـأثيرات الكحـول والمـواد Expectancies about Alcohol and Drug Effects:



التوقعات حول الكحول تؤثر فيما إذا كان الأفراد يحتسون أم لا

إذا كان صـحيحا أن الكحـول لا يخفـف المشـقة عنـدما يـتم احتسـاؤه بعـد الحـدث الفعلي، إذن فلماذا يعتقد الكثـير مـن الأفـراد الذين يشربون أنه يساعدهم على الاسـترخاء؟ هنـا قـد تلعـب التوقعـات دوراً - بمعنـى، أن الأفراد قد يستخدمون الكحـول بعـد الشـعور بالمشقة ليس لأنه يعمـل حقـاً عـلى تخفيـف التوتر، ولكن لأنهم يتوقعون أنه يقـوم بـذلك، ومما يـدعم هـذه الفكـرة، أن الدراسـات قـد أظهرت أن الأفراد الـذين يتوقعـون أن يعمـل الكحول على تخفيف المشـقة والقلـق، هـم أولئـك المعرضـون لأن يكونـوا مسـتخدمين دائمـين Rather, Goldman, Roehrich, et al., 1992; Sher, Walitzer, Wood, et al., 1991; Tran, Haaga, & Chambless, 1997 . وعلاوة على ذلك، فـإن مسـتوى الشراب والتوقعـات الإيجابية حول الكحول يبدو أنها تؤثر كل منهما على الآخرى، أو يؤثران على بعضـهما الـبعض، فتوقع أن الشراب سوف يخفف من حدة القلق، يعمل على زيادة الشراب والذي يعمل بدوره على جعل التوقعات الإيجابية تزداد قوة Smith, Goldman, Greenbaum et al., 1995 .

وقد أظهر بحث آخر أن التوقعات بشـأن تـأثيرات المـواد - الاعتقـاد مـثلاً بـأن مـادة مـا ستعمل على تنشيط العدوان وزيادة الاستجابة الجنسية - تنبئ بزيادة استخدام المادة بشـكل عـام Stacy, Newcomb, & Bentler, 1991 . وبالمثـل، فـالأفراد الـذين يعتقـدون خطـئًا أن شراب الكحول يجعلهم يبدو أكثر مهارة اجتماعيًا، فمن المرجح أن يشربوا الكحـول بشـكل أكـبر مقارنـة بالـذين يـدركون تـداخل الكحـول مـع التفـاعلات الاجتماعيـة. في إحـدى

التجارب التقليدية أظهرت قوة التوقعات، فالمشاركون الذين يعتقدون بأن استهلاكهم لكمية من الكحول - في حين أنهم تناولوا بالفعل مشروبات خالية من الكحول - ستجعلهم أكثر عدوانية Lang, Goeckner, Adessor, et al., 1975. فاستهلاك الكحول يرتبط مع زيادة العدوان، لكن التوقعات عن تأثيرات الكحول ربما تؤدي دورًا أيضًا Bushman & Cooper, 1990; Ito, Miller, & Pollock, 1996 . ومن ثم فكما رأينا في مواضع أخرى، يمكن أن يكون للمعرفة تأثير قوي في السلوك، كما تشير الأبحاث أيضًا إلى وجود علاقة متبادلة بين التوقعات واستخدام الكحول، فالتوقعات الإيجابية تنبئ باستخدام الكحول، كما أن استخدام الكحول يساعد على استمرار التوقعات الإيجابية وتقويتها e.g., Sher, Wood, Wood, et al., 1996 .

إلى أي مدى يؤثر كل من الاعتقاد بأن المواد تكون ضارة، والانتشار المدرك للاستخدام من قبل الآخرين أيضًا في استخدام الفرد للمواد. فبشكل عام، كلما زادت المخاطر المتوقعة من المواد، قل احتمال استخدامها من قبل الفرد. على سبيل المثال، في عام 2003، استخدام الماريجوانا بين المراهقين الذين يدركونها بأنها خطيرة صحيًا بدرجة كبيرة بنسبة 1.8 في المائة، في حين أن نسبة استخدام صغار الشباب الذين يدركونها بأنها أقل خطورة أو متوسطة 11.2 في المائة SAMHSA, 2004 . وبالمثل، فإن العديد من المدخنين لا يعتقدون بأن التدخين يزيد من خطر مرض الأورام السرطانية أو مرض القلب والأوعية الدموية Ayanian & Cleary, 1999. وعلاوة على ذلك، فاستخدام الكحول والتبغ على نحو أكثر تكرارًا بين الأفراد الذين يبالغون في تقدير تكرار استخدام هذه المواد من قبل الآخرين Jackson, 1997 .

عوامل الشخصية Personality Factors: تساعد عوامل الشخصية في تفسير لماذا بعض الأفراد أكثر استهدافًا لاستخدام أو الاعتماد على المواد والكحول. فمن عوامل الشخصية التي تظهر ضرورية في التنبؤ بحدوث اضطرابات استخدام المواد في وقت لاحق نجد ارتفاع مستويات الوجدان السلبي، وتسمى أحيانا الانفعالية السلبية negative emotionality؛ وهي الرغبة المستمرة للإثارة جنبا إلى جنب مع زيادة الوجدان الإيجابي؛ وكذلك التقيد constraint، التي تشير إلى السلوك الحذر، وتجنب الأذى، والمعايير الأخلاقية المحافظة. فقد وجدت إحدى الدراسات الطولية أن المراهقين البالغين من العمر 18 عاما، ممن يتصفون بانخفاض التقيد وارتفاع الانفعالية السلبية كانوا أكثر عرضة لتطوير اضطرابات استخدام المادة في الرشد Krueger, 1999 .

وفحصت دراسة أخرى طولية ما إذا كان للعوامل الشخصية قدرة تنبؤية بأحد اضطرابات استخدام المواد لدى أكثر من 1000 مراهق من الذكور والإناث في أعمار 17 سنة ثم مرة أخرى في 20 سنة Elkins, King, McGue, et al., 2006 . فانخفاض

التقيد وارتفاع الانفعالية السلبية تتنبأ باضطرابات استخدام الكحول، والنيكوتين، ومواد غير المشروعة سواء لدى الذكور أو الإناث.

في دراسة أخرى، تم تصنيف الأطفال من قبل مدرسيهم في مرحلة رياض الأطفال طبقًا للعديد من السمات، ثم تتبعهم لعدة سنوات تالية Killen, Robinson, Haydel, et al., 1997 . والقلق مثل المخاوف حول توقع الأشياء، والخوف من المواقف الجديدة وطلب الجديد novelty seeking مثل، التململ وصعوبة الإرضاء تتنبأ بشراب الكحول، واستخدام المواد، والتدخين. بينما لم تدعم دراسات طولية أن الاكتئاب والقلق يتنبأن بشروع الأفراد في التدخين Kassel et al., 2003 .

العوامل الاجتماعية الثقافية Sociocultural Factors:

تؤدي العوامل الاجتماعية الثقافية دورا متفاوتاً بدرجة كبيرة في استخدام المواد والاعتماد عليها، من خلال تأثيرات الأقران والأبوين، ووسائل الإعلام، والمعايير الثقافية عن السلوك المقبول.



الاعتماد على الكحول هو أكثر انتشارا في البلدان التي يستخدم فيها الكحول بكثافة

وعلى نطاق واسع يمكن أن نجد اختلافاً كبيراً عبر الثقافات في استهلاك الكحول، حيث تشير بعض الأبحاث عبر ثقافية إلى أن هناك سمات مشتركة في استخدام المواد عبر الدول المختلفة، فمثلاً هناك دراسة حديثة عبر ثقافية تتناول استخدام الكحول والمواد بين طلبة المدارس الثانوية، وقد شملت هذه الدراسة 36 دولة حول العالم، وتوصلت إلى أن الكحول هو المادة الأكثر شيوعاً من حيث الاستخدام في مختلف الدول، بالرغم من التفاوت الشديد في نسب الطلبة الذين يستهلكون الكحول، والذي يتراوح من 32% في زيمبابوي إلى 99% في ويلز Smart & Ogburne, 2000 . وفي كل الدول، بل في دولتين فقط من الدول التي تم دراستها، كان الماريجوانا هو أكثر المواد من حيث شيوع الاستخدام، وفي الدول الأكثر استخداماً للماريجوانا، والذي تبلغ نسبته في هذه الدول 15% لطلبة المدارس الثانوية الذين استخدموا الماريجوانا من قبل، كانت هناك أيضا معدلات عالية لاستخدام الإمفيتامينات، والإيكستاسي، والكوكايين.

وقد توصلت أبحاث أخرى إلى وجود اختلافات شديدة عبر الثقافات في استهلاك الكحول، فمثلاً وجد أن أعلى معدلات في الاستهلاك موجودة تحديدا في المجتمعات التي تشرب النبيذ، مثل مجتمعات فرنسا أو إسبانيا وإيطاليا، حيث يتم شرب الكحول بشكل منتظم، ويعد ذلك شيئاً مقبولاً في هذه الدول على نطاق واسع deLint, 1987 . وكذلك فإن الاتجاهات الثقافية وأنماط الشراب تؤثر على احتمال الشراب بغزارة، وبالتالي على احتمال استخدام الكحول. ومن إحدى النتائج التي يبدو أنها متشابهة تماماً عبر الثقافات المختلفة هي أن الرجال يستهلكون الكحول أكثر من النساء، وهناك تحليل أجرته المجموعة الدولية للأبحاث أو الفريق الدولي للأبحاث International Research Group على النوع والكحول، وأسفر التعاون بين الباحثين عبر 35 دولة، عن التوصل إلى أن الرجال يشربون الكحول أكثر من السيدات من تحليل لعشر دول هي استراليا، وكندا، وجمهورية التشيك، واستونيا، وفنلندا، وإسرائيل، وهولندا، وروسيا، والسويد، والولايات المتحدة الأمريكية، وبالرغم من هذا التشابه في الاختلافات من حيث النوع، كانت هناك اختلافات كبيرة عبر الدول في المدى الذي يصل إليه الرجال في شربهم الكحول أكثر من السيدات، فمثلاً، يحتسى الرجال في إسرائيل أكثر من السيدات بثلاث مرات، ومرة ونصف فقط أكثر من النساء في هولندا Wilsnack, Vogeltanz, Wilsnack, et al., 2000 . وتشير هذه النتائج إلى أنه من المهم وضع الاتجاهات الثقافية حول شرب الرجال والنساء للكحول في الاعتبار.

وتعد سرعة توافر المادة، أو الحصول عليها أحد العوامل أيضاً، فمثلاً في المجتمعات التي تشرب النبيذ، يتواجد النبيذ في معظم أو في العديد من الأوساط، حتى في كافيتريات الجامعات، وكذلك فإن معدلات استخدام الكحول تعد مرتفعة بين خدم البارات وملاك محلات بيع الخمور، وهم الأفراد الذين يعد الكحول بالنسبة لهم يمكن إيجاده بسرعة Fillmore & Caetano, 1980 . وفي عام 2003، كان استخدام المواد بين الشباب الذين وصل إليهم تجار المواد 35%، مقارنة بما يقل عن 7% فقط بين الشباب الذين لم يصل إليهم تجار المواد SAMHSA, 2004 . وبخصوص التدخين، فإذا كان ينظر إلى السجائر على أنها من السهل الحصول عليها، ويمكن شراؤها بسعر رخيص، فإن معدل التدخين يزداد Robinson et al., 1997 . وهذا يعد أحد الأسباب التي تدفع الولايات لرفع وزيادة الضرائب على الكحول والسجائر، بشكل مستمر ومتكرر جداً، وهذا لا يعمل فقط على زيادة العائد، لكنه يعمل أيضاً على جعل هذه المواد أغلى سعراً بالنسبة للبعض مما يجعلها أقل توافراً، وبالطبع فإن هذه الخطة تؤثر على الفقير بشكل غير متناسب، وهو الأمر الذي لا يتسم بالظلم فحسب، بل إنه لا يستهدف بالضرورة كل الذين سيستفيدون من المواد الأقل توافراً.

والعوامل الأسرية هي أيضاً ذات أهمية كبيرة، فمثلاً يعمل تعرض الوالدين لاستخدام الكحول على زيادة ميل الأطفال للشراب Hawkins, Graham, Maguin, et al., 1997 . ويتنبأ الزواج غير السعيد ببداية اضطراب استخدام الكحول على ما يقرب من 2000 من المتزوجين Whisman & Uebelacker, 2006 . وقد يتفاعل الاندماج الثقافي في المجتمع الأمريكي مع العوامل الأسرية للأشخاص الذين ينتمون إلى خلفيات ثقافية وعرقية أخرى، فعلى سبيل المثال وجدت دراسة للطلبة الإسبان في المدرسة الإعدادية في نيويورك أن الأطفال الذين يتحدثون الإنجليزية مع والديهم أكثر عرضة لتدخين الماريجوانا مقارنة بالأطفال الذين يتحدثون الإسبانية Epstein, Botvin, & Diaz, 2001 . كما أن المشكلات النفسية، أو الزوجية، أو القانونية داخل الأسرة ترتبط أيضا باستخدام المواد، بالإضافة إلى أن نقص الدعم العاطفي Emotional Support من الوالدين يرتبط بزيادة استخدام السجائر، والماريجوانا، والكحول Cadoret et al., 1995; Wills, DuHamel, & Vaccaro, 1995 . وأخيرا فقد أظهرت الدراسات الطولية أن نقص رقابة الوالدين يؤدي إلى زيادة ارتباط بسوء استخدام المواد، وبارتفاع نواتج استخدام هذه المواد Chassin, Curran, Hussong, et al., 1996; Thomas, Reifman, Barnes, et al., 2000 .

ويؤثر البناء الاجتماعي الذي يعمل فيه الفرد أيضاً في استخدام المواد، فمثلاً تظهر الدراسات التي يتم إجراؤها على حياة المدخنين اليومية أنهم أكثر عرضة للتدخين مع مدخنين آخرين أكثر من تعرضهم للتدخين مع أشخاص غير مدخنين، بالإضافة إلى أن التدخين يكون على الأرجح في البارات والمطاعم أو في المنزل، وليس في محل العمل، وفي بيوت الآخرين Shiffman, Gwaltney, Balabanis, et al., 2002; Shiffman, Paty, Gwaltney, et al., 2004 . وهناك دراسة أخرى أظهرت أن كون الأفراد لديهم أصدقاء يدخنون، فإن ذلك ينبئ بالتدخين فيما بعد Killen et al., 1997 . وفي إحدى الدراسات الطولية وجد أن التعرف على مجموعة من الأقران في المرحلة السابعة ينبئ بالتدخين في المرحلة التاسعة Sussman, Dent, McAdams, et al., 1994 . وزيادة استخدام المواد لأكثر من ثلاث سنوات Chassin et al., 1996 . وتعد تأثيرات القريب مهمة أيضا في تعزيز استخدام الكحول والماريجوانا Hussong et al., 2001; Stice, Barrera, & Chassin, 1998; Wills & Cleary, 1999 .

وهذه النتائج تدعم الفكرة القائلة بأن الشبكات الاجتماعية social networks تؤثر في سلوك الفرد نحو المواد أو الكحول، وبالرغم من ذلك، فهناك أدلة أخرى تشير إلى أن الأفراد الذين انحدروا إلى استخدام المواد قد يختارون في الواقع شبكات اجتماعية تتفق مع أنماطهم في الشراب أو استخدام المواد. ولذلك، فإننا أمام تفسيرين واسعين لكيفية تأثير ارتباط البيئة بالمواد، وهما: نموذج التأثير الاجتماعي a social influence model

ونموذج الاختيار الاجتماعي a social selection model. وقد توصلت إحدى الدراسات الطولية التي تم إجراؤها على ما يزيد على 1.200 راشد، والتي صممت لاختبار أي النموذجين يعد الأفضل تفسيراً لسلوك الشراب، توصلت إلى وجود تأييد لكلا النموذجين Bullers, Cooper, & Russell, 2001 . فالشبكة الاجتماعية للفرد تنبئ باتجاه الفرد نحو الشراب، ولكن ممارسة الفرد للشراب يتنبأ بالشبكة الاجتماعية للشراب، ففي الواقع فإن الاختيار الاجتماعي أقوي من تأثيرات الاختيار، مما يشير إلى أن الأفراد في الغالب يختارون شبكات اجتماعية تتميز بأنماط شراب مشابهة لأنماطهم.

ومن المتغيرات الأخرى التي يجب أخذها في الاعتبار: وسائل الإعلام media. فالإعلانات التلفزيونية تظهر البيرة مع رجال يتطلعون لأن يكونوا رياضيين وسيدات يرتدين البكيني، وفي أوقات سعيدة. كما أن لوحات الإعلانات تقرن بين السجائر والإثارة، والاسترخاء، والعيش أو الظهور بمظهر أنيق. وقد تزايدت الإعلانات عن الكحول في المحلات في السنوات الأخيرة، ويبدو أن هذه الإعلانات تصل إلى الفتيات أكثر من وصولها إلى الذكور، فعلى سبيل المثال، في الفترة ما بين 2001 و2002 تزايد التعرض للإعلانات عن الكحول بالنسبة للفتيات بنسبة 216% في حين أن التعرض لهذه الإعلانات قد زاد بمقدار 46% بالنسبة للذكور Jernigan, Ostroff, Ross, et al., 2004 . وقد تبين من استعراض الدراسات أن إعلانات التبغ أكثر شيوعًا بمعدل مرتين في الأحياء الإفريقية الأمريكية مقارنة بالأحياء الأوربية الأمريكية Primack, Bost, Land, et al., 2007 . فمن الواضح أن الإعلان عن أهداف الشراب للفتيات والإعلان عن أهداف التدخين للأمريكيين من أصل إفريقي، ولكن هل غير الإعلان أنماط التدخين أو الشراب؟



يمثل الإعلان أحد الطرق لتطوير التوقعات

ويدعم الدليل من خلال تحليل الاستهلاك في 17 دولة في الفترة ما بين عامي 1970 و1983، هذا التحليل توصل إلى وجود دور للإعلان التلفزيوني أو التجاري في ترويج استخدام الكحول، حيث جاءت نسبة استهلاك الدول التي تحظر الإعلانات عن الكحول بأنها أقل من 16% مقارنة بالدول التي لا تمنع الإعلانات Saffer, 1991 . في دراسة طولية على غير المدخنين المراهقين، فالذين كانت لديهم إعلانات للسجائر مفضلة كانوا أكثر استهدافًا في وقت لاحق لبدء التدخين أو لديهم الاستعداد لذلك Pierce, Choi,

Gilpin, et al., 1998 . وهناك مثال صادم أو مدهش على نحو خاص على الدور القاتل لوسائل الإعلام، هذا المثال هو الحملة التي قامت بها "جو كاميل" Joe Camel للدعاية لسجائر "كاميل" Camel، حيث إن عدد المدخنين يقل، ولذلك فإن ربحية صناعة التبغ تعتمد على جذب مدخنين جدد ليحلوا محل أولئك الذين أقلعوا عن التدخين، كما أن الأفراد المستهدفين بوضوح هم طلبة المدارس الثانوية والإعدادية، وقد أطلقت "كاميل" حملتها في عام 1988 بشخصية "جو كاميل" التي تم تصميمها على شكل "جيمس بوند"، أو الشخصية التي مثلها "دون جونسون" في البرنامج التلفزيوني "نائب ميامي" Miami vice، والذي كان عرضا شهيراً في وقته، وقبل الحملة، وفي الفترة من عام 1976 إلى عام 1988، كانت سجائر "كاميل" هي العلامة التجارية المفضلة لأقل من 5 % من التصنيفات السابعة من الثانية عشرة، وبحلول عام 1991، ارتفعت حصة "كاميل" في هذا السوق غير المشروع 33 في المائة DiFranza, Richards, Paulman, et al., 1991 .



الإعلان هو عامل مهم في تحفيز استخدام المواد. فحملة "جو كاميل" زادت بشكل كبير في انتشار سجائر "كاميل" بين طلاب المدارس الابتدائية والثانوية

وكجزء من التسوية - التي اشتملت 46 ولاية - التي تم التوصل إليها في دعوى قضائية تم رفعها ضد صناعة السجائر في الولايات المتحدة الأمريكية، تلك الدعوى وجهت التهمة إلى الشركات بأنها تتلاعب في مستويات النيكوتين لكي يظل المدخنون مدمنين، علاوة على ذلك، فإن مؤسسة التراث الأمريكي American Legacy Foundation تم تشكيلها كجزء من التسوية التي تبعت هذه الدعوى القضائية www. Americanlegacy.org . وقد كانت أهداف هذه المجموعة هي منع التدخين بين صغار السن، والتأكد من المعلومات المتعلقة بالتدخين، وكيف يكون التوقف عن التدخين متساوياً في سهولة الوصول إليه لكل من يرغب فيه، وسوف نناقش التأثيرات المهمة لهذه المجموعة لاحقاً في هذا الفصل عند الحديث عن الوقاية.

وبالرغم من هذه الوعود من قبل شركات التبغ، فقد أظهر تحليل الوثائق الداخلية المتعددة لشركات التبغ التي تحققت بفضل التسوية المذكورة أعلاه من خلال الباحثين في كلية هارفارد للصحة العامة أن شركات التبغ لا تزال تستهدف الدعاية تجاه الشباب

R. J. فبعض شركات التبغ، مثل شركة Kreslake, Wayne, Alpert, et al., 2008 . Reynolds لا يزال الإعلان، وجميع إعلانات المجلة في عام 2005 لماركات المنثول النعناع menthol brands. ووجد الباحثون أن أبحاث شركات التبغ كشفت عن انخفاض مستويات المنثول النعناع في السجائر لتناسب الشباب. وأن هذه الجهود صنعت لتسويق ماركات المنثول الخفيف لصغار الشباب. وبالفعل ففي عام 2005 وجد أن ما يقرب من نصف المدخنين المراهقين اختاروا سجائر المنثول.

الملخص السريع:

هناك افتراض يقول بأن ثمة عدداً من العوامل السببية المختلفة مسئولا عن الاعتماد على الكحول والمواد، ويتفاوت تأييد بعض هذه العوامل، ويختلف عن البعض الآخر. وتؤدي العوامل الوراثية دوراً في الاعتماد على الكحول، وربما في الاعتماد على النيكوتين أيضاً. وربما تكون القدرة على مقاومة الكحول أو التحمل، وأيض النيكوتين وراثية بمعنى أنها يتم نقلها في الجينات. وتعد الجينات ذات أهمية بالنسبة لعمل نظام الدوبامين، الذي يمثل عاملاً مهمًا في تفسير الاعتماد على المواد المختلفة. وأكثر العوامل العصبية البيولوجية التي تم دراستها هي أنظمة المخ المرتبطة بمسارات الدوبامين - وهي المسارات الرئيسة للمكافأة في المخ، وتصف نظرية الدافع - الحساسية مسارات المخ الشاملة في حب المواد والرغبة Wanting أي اللهفة في المواد.

وقد تم تقييم العوامل النفسية أيضاً، وهناك تأييد لفكرة أن تخفيف التوتر يؤدي دوراً، ولكن في ظل ظروف معينة فقط، كأن يكون هناك مشاعر تشتت وحيرة أو ارتباك. وقد اتضح أن الخبرات الخاصة بتأثيرات المواد مثل تخفيف التوتر، وزيادة العدوان، وزيادة الطاقة الجنسية تنبئ باستخدام المواد والكحول، بالإضافة إلى أن التوقعات عن تأثيرات المواد لها دور مهم أيضاً، فكلما زاد إدراك خطورة المواد قل احتمال استخدامها. وتساعد دراسات عوامل الشخصية في فهم لماذا يكون بعض الأفراد أكثر ميلا لاستخدام المواد والكحول.

أما العوامل الاجتماعية الثقافية فلها دور بارز، مشتملة على الثقافة، وتوفر المادة، والعوامل الأسرية، والبيئات الاجتماعية، وشبكات العلاقات الاجتماعية، والإعلانات. وهناك تأييد لكل من نموذج التأثير الاجتماعي ونموذج الاختيار الاجتماعي.

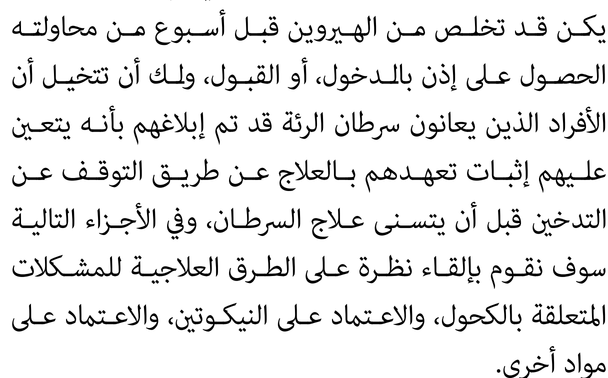
علاج اضطرابات استخدام المواد Treatment of Substance Use Disorders:

"الإدمان المزمن هو في الحقيقة نوع من القدرية المرسومة أساسًا. إذ يدرك المدمن في قلبه أنه ينوي استخدام المادة مرة أخرى، لماذا لا اليوم؟ ولكن إذا ظهر شعاع رقيق من الأمل - فالإمكانية أنه لن يكون الأمر دائما كذلك - فالأشياء تتغير. تعيش يوما، ثم

الاستيقاظ، وتفعل ذلك مرة أخرى. الأمل هو الأكسجين إلى الفرد المخنوق من اليـأس" Carr, 2008 .

التحديات كبيرة جدًا في علاج الأفراد المعتمدين على المواد، كما يتضح من الاقتباس أعـلاه. فعادة تكون اضطرابات استخدام المواد مزمنة، ويحدث انتكاسة في كثير من الأحيـان. في ضـوء هذه التحديات، يسعى هذا المجال باستمرار لتطوير علاجات جديدة وفعالة، وكثير مـن هـذه العلاجات نستعرضها في هذا القسم. مؤلف الاقتبـاس "ديفيـد كـار" David Carr كـان مـدمنا سابقا للكوكايين، والكراك، والكحـول. وحاليًـا، وهـو كاتـب عمـود في وسـائل الإعـلام لصـحيفة نيويورك تايمز. فبالنسبة له يمثل العلاج السكن الناجح.

ويقترح الكثيرون ممن يعملون مع أولئـك المعتمـدين عـلى الكحـول أو المـواد، أن الخطـوة الأولى في العلاج الناجح هي الاعتراف بأن ثمة مشـكلة، ويعـد هـذا مقبـولاً إلى حـد مـا، وإلا فـما الذي يدعو فردا ما إلى العلاج من شيء لا يعتقد أنه يمثل مشكلة، ومن سوء الحظ أن عـددا مـن برامج العلاج تتطلـب أكـثر مـن مجـرد الاعـتراف بالمشـكلة، إذ إنهـا تطالـب الأفـراد لـيس فقـط بالاعتراف بالمشكلة، ولكن تطالبهم أيضًا بأن يبرهنوا تعهدهم على العلاج عن طريق التوقف عن استخدامهم للكحول أو المواد قبل البدء في العلاج، وهذا المطلب من شأنه أن يـؤدي إلى اسـتبعاد العديد من الأفراد الـذين يرغبـون في العـلاج أو يحتـاجون إليـه، فمـثلا ربمـا لم يكـن ليـتم قبـول "جيمس" James في الحالة السريرية التي تم تقديمها فيما سـبق ، في أحـد بـرامج الإقامـة لـو لم



يكـن قـد تخلـص مـن الهـيروين قبـل أسـبوع مـن محاولتـه الحصـول عـلى إذن بالـدخول، أو القبـول، ولـك أن تتخيـل أن الأفراد الذين يعانون سرطان الرئة قد تم إبلاغهم بأنـه يتعـين علـيهم إثبـات تعهـدهم بـالعلاج عـن طريـق التوقـف عـن التدخين قبل أن يتسـنى عـلاج السرطـان، وفي الأجـزاء التاليـة سوف نقـوم بإلقـاء نظـرة عـلى الطـرق العلاجيـة للمشـكلات المتعلقة بالكحول، والاعـتماد عـلى النيكـوتين، والاعـتماد عـلى مواد أخرى.



إزالة السـموم هـي الخطـوة الأولى في علاج اضطراب استخدام الكحول

علاج اضطراب استخدام الكحول Treatment of Alcohol Use Disorder:

ففي عام 2005، تلقي ما يزيد على مليون ونصف مليون فرد تزيد أعمارهم على 12 عامـا علاجـاً لاضـطراب اسـتخدام الكحـول SAMHSA ,2010 ، ومن المؤسف أن ما يقدر بـــ 17 مليـون فـرد

ممن تزيد أعمارهم على 12 عاما كانوا في حاجة إلى العلاج مـن مشـكلات ناجمـة عـن الكحـول في عـام 2009، إلا أنهم لم يحصلوا على هذا العلاج. وقد وجدت الدراسات الوبائية أن 24 في المائة فقط من الأفراد المعتمدين على الكحول قد تلقوا علاجًا Hasin et al., 2007 . فنحن في أمس الحاجـة إلى تطـوير طـرق علاجية فعالة.

العلاج المرضى داخل المستشفىInpatient Hospital Treatment : في كثير من الأحيان، تُعد الخطوة الأولى في علاج اضطراب اسـتخدام المـواد هـي مـا يسـمي بإزالـة السـموم detoxification. فـالأعراض الانسـحابية للمـواد التـى تشـمل الكحـول تكـون صـعبة، سـواءً مـن الناحيـة الجسـدية أو مـن الناحية النفسية. وبالرغم من أن إزالـة السـموم لـيس بالضروري أن تتم داخل المستشفيات، إلا أنها سـتكون خـبرة أقـل تعاسـة في البنـاءات التـي تخضـع للرقابـة. فالكثير من الأفراد يمرون بعملية إزالة السـموم مـرات عديدة. وللأسف، فإن عملية إزالـة السـموم المتعـددة تـرتبط مـع انخفـاض الاسـتجابة للعـلاج Malcolm, Herron, Anton, et al., 2000 . وفي الأعوام الأخيرة، تغـيرت الخصـائص الديموجرافيـة للأفـراد العـاملين في مراكز إزالة السموم بشكل مثير للدهشة، فقـد كانـت هنـاك زيـادات كبـيرة في عـدد السـيدات الـداخلات، والأميركيين الأفارقة، والإسبان، كما كان هناك انخفـاض في متوسط السن عند الدخول، وزيادة في عدد المرضى العـاطلين McCarty, Caspi, Panas, et al., 2000 . وكانت "أليس" التـي تـم وصـفها في الحالـة السريريـة السـابقة، سـتحتاج عـلى الأرجح لعلاج في المستشفى على الأقل من أجل إزالة السم.


يُعد الكحوليين المجهولين أكبر مجموعة للمساعدة الذاتية في العالم. في اجتماعاتها العادية، ينضم المدمنين الجدد ليحكوا عن خبرتهم، ويتلقوا النصيحة والمساندة من الآخرين.

وقـد تزايـد عـدد المستشـفيات الهادفـة إلى عـلاج إزالـة السـموم للمـرضى داخـل المستشفي حتى منتصف حقبة التسعينيات، ويرجع ذلك جزئيا إلى أن هذا العلاج كانـت تغطـي جـزءاً كبـيراً منـه شركـات التـأمين الخاصـة، والحكومـة الفيدراليـة Holden, Longabaugh, Miller, et al., 1991 . وبالرغم من أن علاج المـرضى داخـل المستشـفي أكثر تكلفة من علاج المرضى خارجها، فقد بدأ الأفراد دراسة ما إذا كانت زيادة التكـاليف ترتبط مع النواتج الأفضل. فعلى الأقل في حالات كثيرة، جاءت النتائج العلاجية للعـلاج في

المستشفى ليس بشكل أفضل من نتائج العلاج من خارج المستشفى Mundle, Bruegel, Urbaniak, et al., 2001; Soyka, Horak, Morhart, et al., 2001 . فضلا عن أن فترات البقاء القصيرة في المستشفى البقاء لفترة أقل من 8 أيام للاحتجاز لإزالة السموم، قد تضاهي في فاعليتها فترات البقاء الطويلة Foster, Marshall, & Peters, 2000 . بل إن بعض البيانات تشير إلى أن إزالة السموم في المنزل قد يكون بديلا فعالاً للعلاج اليومي في المستشفى أو العلاج الداخلي لفئات معينة من المرضى Allan, Smith, & Mellin, 2000 . وبالرغم من ذلك فالعلاج داخل المستشفي ربما يكون ضروريا لبعض الأفراد منخفضي مصادر المساندة الاجتماعية، ويعيشون في بيئات تشجع على استخدام الكحول، خاصة الأفراد الذين يعانون مشكلات نفسية خطيرة بالإضافة إلى مشكلات الكحول Finney & Moos, 1998 . ففي عام 2009، تلقي 1.1 مليون فرد لعلاج اضطرابات استخدام المواد والكحول خارج المستشفيات، بينما تلقي 858 ألف مريض العلاج داخل المستشفى SAMHSA, 2010 .

جماعة "الكحوليين المجهولين" Alcoholics Anonymous: تُعد مجموعة "الكحوليين المجهولين" Alcoholics Anonymous AA من أكبر وأشهر المجموعات على نطاق العالم للمساعدة الذاتية، حيث تم تأسيسها في عام 1935، على يد اثنين من الكحوليين الذين تماثلوا للشفاء، وهي تضم أكثر من 100 ألف فرع، وعضوية أكثر من مليون فرد في الولايات المتحدة، وأكثر من مائة دولة أخرى حول العالم. فأكثر من نصف الأفراد الذين تلقوا علاجًا لاضطراب استخدام الكحول قد مروا بالفعل خلال برنامج المساعدة الذاتية مثل "الكحوليين المجهولين" SAMHSA, 2010 .

فكل فرع من "الكحوليين المجهولين" يقوم بعقد اجتماعات دائمة ودورية يقف فيها المنضمون الجدد ليعلنوا أنهم كحوليون، كما أن الأعضاء القدامى العائدين من إدمان الكحول، يقومون برواية القصص التي تدور حول شرابهم الضار والمرضى، ويدللون على كيف تحسنت حياتهم في الوقت الحالي، وتقوم الجماعة بتقديم المساندة الوجدانية، والتفهم والإرشاد بالإضافة إلى توفير شبكة علاقات اجتماعية. ويتناقش الأعضاء مع بعضهم البعض على مدار الساعة، وذلك لعقد صداقة فيما بينهم، والتشجيع على عدم الانتكاس مرة أخرى في الشراب. وبعد أن أصبحت مجموعة "الكحوليين المجهولين" متاحة للجميع، تم عمل برامج على غرارها لمواد أخرى، على سبيل المثال، برنامج "الكوكايين المجهولين" Cocaine Anonymous، وبرنامج "الماريجوانا المجهولين" Marijuana Anonymous.

ويحاول برنامج "الكحوليين المجهولين" أن يغرس في كل عضو الاعتقاد بأن الاعتماد على الكحول هو مرض لا يمكن الشفاء منه أبداً، وأن الانتباه والحذر هو شيء

ضروري لمقاومة تناول ولو كأس واحدة من الشراب، والانخراط من جديد في الشراب بكميات لا يمكن السيطرة عليها. حتى وإن لم يستهلك الفرد أي نوع من الكحول على مدى 15 عاماً أو أكثر، فإن لقب كحولي يظل ضروريا وفقا للمعتقدات السائدة في "الكحوليين المجهولين"، كما أن الفرد يعد كحولياً على الدوام، فإنه يحمل المرض بشكل دائم، حتى إذا كان تحت السيطرة في الوقت الراهن.

ويتضح الجانب الروحي في "الكحوليين المجهولين" في الخطوات الاثنتى عشرة الموضحة في جدول 10-2 . وثمة دليل على أن الإيمان بهذه الفلسفة يرتبط بتحقيق الإقلاع abstinence Fiorentine & Hillhouse, 2000; Tonigan, Miller, & Connors, 2000 . والمجموعات الأخرى التي تعتمد على المساعدة الذاتية لا تتميز بالصبغة الدينية التي يتميز بها برنامج "الكحوليين المجهولين"، لأنها تعتمد بدلًا من ذلك على المساندة الاجتماعية، وإعادة الطمأنينة، والتشجيع، واقتراحات العيش في حياة بلا كحول. وأحد هذه المناهج طريقة يطلق عليها "الشفاء العقلاني" Rationale Recovery تركز على تجديد اعتماد الفرد على ذاته أكثر من اعتماده على سلطة أعلى Trimpey, Velton, & Dain, 1993 .

وقد أوضحت المحاولات غير المحكمة لبرنامج "الكحوليين المجهولين" فائدة كبيرة وجوهرية للمشاركين Moos & Moos, 2006; Ouimette, Finney, & Moos, 1997; Timko, Moos, Finney, et al., 2001 . ووجدت دراسة تتبعيه لأكثر من 2.000 ذكر ممن يعتمدون على الكحول أن المشاركين في برنامج "الكحوليين المجهولين" تنبئ لهم بنتائج أفضل لمدة سنتين تاليتين McKeller, Stewart, & Humphreys, 2003 . وفي دراسة أخرى تتبعيه لمدة 16 سنة لأكثر من 400 فرد ممن يطلبون العلاج لأول مرة، فجاءت النتائج لتشير إلى أن الأفراد الذين ينضمون لبرنامج "الكحوليين المجهولين" على الأقل حوالي 27 أسبوعًا في السنة الأولي للعلاج، حوالي الثلثين منهم أقلعوا عن الكحول خلال فترة المتابعة التي استمرت 16 سنة. أما الأفراد الذين أبقوا في البرنامج أقل من 27 أسبوعاً فحوالي ثلثهم فقط هم من أقلعوا عن الكحول خلال فترة المتابعة Moos & Moos, 2006 . فضلاً عن ذلك فكون الفرد أصبح عضوا في برنامج "الكحوليين المجهولين" في بداية العلاج، يبقي أطول فترة ممكنة، يرتبط ذلك مع نتائج أفضل لمدة 8 سنوات بعد بدء العلاج Moos & Humphreys, 2004 .

ويبدو توفر أنباء طيبة بالنسبة للأشخاص المشاركين في برنامج "الكحوليين المجهولين". ومع ذلك، فاستعراض التجارب الإكلينيكية العشوائية المحكمة وجد فائدة قليلة تذكر عن برنامج "الكحوليين المجهولين" مقارنة بأنماط أخرى من العلاج بما في ذلك علاج بالتعزيز وتحفيز الهمة، وعلاج المرضى داخل المستشفي، وعلاج الأزواج، أو

العلاج السلوكي المعرفي Ferri, Amato, & Davoli, 2008 . بالإضافة إلى ذلك، يعاني برنامج "الكحوليين المجهولين" ارتفاع معدلات التسرب، كما أن نتائج التسرب لا تذكر بشكل دائم في الدراسة، فضلاً عن عدم وجود دراسات ضابطة تقيس فاعلية برنامج "الشفاء العقلاني"، بالرغم من وجود نتيجتين صادرتين عن دراستين مبدئيتين تشيران إلى أن هذا البرنامج قد يكون فعالاً . Schmidt, Carns, & Chandler, 2001 .

جدول 10-2 : الخطوات الاثنتا عشرة لبرنامج "الكحوليين المجهولين:

1- نعترف بأن قوانا قد خارت أمام الكحول، وأن حياتنا قد خرجت عن نطاق السيطرة.
2- جئنا لنؤمن بأن هناك قوة أكبر منا في وسعها أن تعيدنا إلى رشدنا.
3- اتخذنا قراراً بأن نسلم إرادتنا وحياتنا لعناية اللـه كما عرفناه.
4- قمنا بفحص أنفسنا ومحاسبتها أخلاقيا بلا خوف.
5- اعترفنا لله ولأنفسنا ولأي كائن بشري آخر بالطبيعة الدقيقة لأخطائنا.
6- كنا مستعدين تماماً لأن يقوم اللـه بتطهير شخصيتنا من هذه النقائص.
7- دعونا متضرعين أن يمحو اللـه خطايانا.
8- كتبنا قائمة بكل الأفراد الذين آذيناهم، وأصبحت لدينا رغبة في إصلاح كل الأخطاء التي ارتكبناها معهم.
9- قمنا بإصلاحات مباشرة لهؤلاء الأفراد حيثما أمكن ذلك، إلا إذا كان القيام بذلك سوف يلحق بهم ضرراً أو بالآخرين.
10- نواصل عمل محاسبة فردية، وإذا كان هناك خطأ ارتكبناه، واعترفنا به على وجه السرعة.
11- أن نسعى من خلال الصلاة والتوسل من أجل تحسين علاقتنا الواعية باللـه، كما نعرفه وأن نصلى فقط لحكمة إرادته بالنسبة لنا وسلطة تنفيذها.
12- أن نشعر بالضعف الروحي كنتيجة لهذه الخطوات، ونحاول أن ننقل هذه الرسالة للكحوليين، وأن نطبق هذه المبادئ في كل أمورنا.

علاج الأزواجCouples Therapy : وجد أن العلاج الموجه سلوكيًا للأزواج أو الزواجي O'Farrell & Fals-Stewart, 2000 يحقق بعض الانخفاض في مشكلة الشراب بعد سنة من توقف العلاج، بالإضافة إلى بعض التحسن في مشقة الأزواج بصفة عامة Mccrady & Epstein, 1995 .

العلاجات السلوكية المعرفية Cognitive and Behavioral Treatments: يُعد العلاج بإدارة الطوارئ Contingency - management therapy علاجاً سلوكياً معرفياً

لاضطرابات استخدام الكحول والمواد، الذي يشمل تعليم المرضى والأفراد القريبين منهم أن يعززوا السلوكيات التي تعوق الشراب - فمثلاً أخذ عقار مضاد لسوء الاستخدام نوقش سابقًا في الفصل ، وتجنب المواقف التي كان يصاحبها شراب في الماضي. ويعتمد على الاعتقاد بأن الطوارئ البيئية أو الأحداث الطارئة يمكن أن تؤدي دوراً مهماً في التشجيع أو عدم التشجيع على الشراب. ويتم توفير مستندات Vouchers لعدم استخدام مواد الكحول، الكوكايين، الهيروين، الماريجوانا؛ التحقق من عينات البول ، أما نظام الرموز the tokens فهو استبدال للأشياء التي يرغبها الفرد بدرجة أكبر Dallery, Silverman, Chutuape, et al., 2001; Katz, Gruber, Chutuape, et al., 2001; Silverman, Higgins, Brooner, et al., 1996 . ويشتمل هذا العلاج أيضًا على تعليم كل من وظيفة الصيد والمهارات الاجتماعية، وكذلك التدريب وتوكيد الذات لرفضها الشراب. وبالنسبة للأفراد المنعزلين اجتماعيًا، يتم مساعدتهم وتشجيعهم على إقامة تواصل مع الآخرين الذين لا يشربون.

تُعد الوقاية من الانتكاس Relapse presentation نمطا آخر للعلاج السلوكي المعرفي، الذي يتمتع بفعالية مع اضطرابات استخدام المواد والكحول، ويمكن استخدام هذا الأسلوب بشكل فردي أو جزء ضمن برنامج علاجي. وبشكل عام، يكون هدفه هو مساعدة الأفراد على تجنب الرجوع مرة ثانية للشراب أو استخدام المادة بمجرد التوقف. ويناقش تركيز الاكتشاف 4-10 على أهمية العلاج بشكل تفصيلي.

تركيز الاكتشاف 10-4

الوقاية من الانتكاس:

تعد الوقاية من الانتكاس جزءًا مهماً في علاج اضطرابات استخدام المواد أو الكحول، وقد قال "مارك توين" Mark Twain ساخراً، إن التوقف عن التدخين أمر سهل فقد فعله مئات المرات! وقد طور "مارلات" Marlatt و"جوردون" Gorden 1985 منهجاً لعلاج ما يسمى الوقاية من الانتكاس خصوصًا لمنع الانتكاس في سوء استخدام المواد. في هذا المنهج، يتم تشجيع الأفراد المعتمدين على الكحول على الإيمان بأن الانتكاس ليس من الضروري أن يترتب عليه انتكاسة كلية، بل يجب أن ينظر عليه على أنه تجربة يجب التعلم منها وليس علامة على أن المعركة خاسرة، وهو تعارض واضح مع وجهة نظر مجموعة "الكحوليين المجهولين " Marlatt & Gordon, 1985 . وهذه النظرة إلى الانتكاسة بعد العلاج على أنها لا تمثل كارثة - تعطل - تعد مهمة لأن الغالبية العظمى من مدمني الشراب الذين بدأوا يقلعون عن الشراب يمرون بانتكاسة أو أكثر على مدار فترة السنوات الأربع Polich, Armor, & Braiker, 1980 . فالأفراد

الذين يعتمدون على الكحول يصادفون مشاكل مثيرة للمشقة في عملهم، وفي الأسرة، وفي العلاقات، لدرجة أنهم قد يصبحون نشطين ومسئولين عن التوقع بضعف مقاومة المواقف التي تؤدي بهم إلى الشراب المفرط Marlatt, 1983; Sobell, Toneatto, & Sobell, 1990 . وتختلف مصادر المشقة التي تسبب الانتكاس لدى مرضى اضطراب استخدام الكحول باختلاف النوع، فبالنسبة للإناث تُعد المشقة الزوجية مؤشرًا على الانتكاس، بينما الذكور يمثل الزواج لهم واقيا من الانتكاس Walitzer & Dearling, 2006 .

ويُبدو علاج الوقاية من الانتكاس فعالاً بدرجة أكبر مع بعض المواد مقارنة بالبعض الآخر. حيث وجد من خلال تحليل 26 دراسة إكلينيكية عشوائية محكمة أن الوقاية من الانتكاس أكثر فائدة مع اضطرابات استخدام المواد والكحول، بينما أقل فعالية مع اضطراب استخدام النيكوتين Irvin, Bowers, Dunn, et al., 1999 . فمعظم المدخنين ينتكسون خلال سنة من التوقف، بغض النظر عن الوسائل المستخدمة للتوقف. ففي النموذج الذي رأيناه بالفعل، يتعرض الأفراد الأكثر تدخينا وإدماناً للنيكوتين بطبيعة الحال للانتكاسة بشكل متكرر جداً وأسرع مقارنة بالأفراد المعتدلين والمنخفضين في التدخين. فالزلات المتكررة، واللهفة الشديدة، والأعراض الانسحابية، وانخفاض التحمل للمشقة، وصغر السن، والاعتماد الجسمي على النيكوتين، وانخفاض الكفاءة الذاتية، وأحداث الحياة الشاقة، وملاحظة المدخنين الآخرين، والاهتمام بالوزن، وخبرات سابقة من محاولات الإقلاع عن التدخين كلها تنبئ بالانتكاس McCarthy, Piasecki, Fiore, et al., 2006; Ockene, Mermelstein, Bonollo, et al., 2000; Piasecki, 2006 . وبالتحليل المفصل، كشف تحليل خبرة الأفكار والمشاعر لعينة من المدخنين، والأعراض الأكثر سوءًا قبل وبعد الإقلاع عن التدخين عن أن العديد من المدخنين يعانون مستويات عالية من الانفعال السلبي قبل يوم من إنهاء إقلاعهم عن التدخين، ويُعد هذه الانفعال السلبي مؤشرًا على التنبؤ بزيادة احتمالات الانتكاس McMarthy et al., 2006 . وبالرغم من هذه الصعوبات، فهناك بعض الأدلة المشجعة لفعالية برامج المساعدة الذاتية للوقاية من الانتكاس لدى المدخنين Brandon, Vidrine, & Litvin, 2007 . وفي مثل هذه البرامج يتلقي المدخنون كتيبات في البريد لتصف منهج الوقاية من الانتكاس. وتظهر هذه الكتيبات فعالة بحيث قد تصل إلى سنة بعد الإقلاع عن التدخين.

فما العوامل التي تسهم في النجاح؟ توصلت نتائج الباحثين إلى أن المدخنين السابقين الذين لا يعيشون مع مدخن يكونون أفضل خلال فترة المتابعة مقارنة مع أولئك الذين يعيشون مع المدخن McIntyre-Kingsolver, Lichtenstein, & Mermelstein, 1986 . وتعد جلسات مساعدة التحصين أو الصيانة booster or maintenance sessions مفيدة، ولأنها تمثل بالمعنى الدقيق جداً استمرارا للعلاج؛ بعدما توقف، وذلك لأن حدوث

الانتكاسة هي القاعدة Brandon, Zelman, & Baker, 1987 . ومن التدخلات المكثفة نجد الإرشاد بالتليفون التي تساعد أيضًا Brandon, Collins, Juliano, et al., 2000 . وعلى أي حال فإنها لا تصل سوى لعدد قليل نسبياً من المدخنين، وتعد العلاجات أو التدخلات العلاجية المختصرة لمنع الانتكاسة خلال الزيارات الطبية مفيدة وفعالة بالقياس إلى تكلفتها، ويمكن أن تصل إلى معظم المدخنين Ockene et al., 2000 . وهناك ملاحظة إيجابية، وهي أن المساندة الاجتماعية والتشجيع على عدم التدخين أكبر بكثير مما كان عليه منذ عشر سنوات على الأقل في الولايات المتحدة الأمريكية. وربما بمرور الوقت ستعمل العقوبات الاجتماعية على مساعدة أولئك الذين نجحوا في الإقلاع عن التدخين على أن يظلوا ممتنعين. ومن المؤكد أنه من الأصعب العثور على مكان الإقلاع المفاجئ هذه الأيام.

التدخلات التحفزية Motivational Interventions: فكما وصفنا في وقت سابق، أن الإفراط في الشراب بشكل خاص يشيع بين طلاب الجامعة. أحد فريق من الباحثين صمم تدخلا مختصرا لمحاولة الحد من مثل هذا الإفراط في الشراب Carey, Casey, Maisto, et al., 2006 . ويحتوي هذا التدخل الوارد على جزءين: 1 إجراء تقييم شامل يحتوي على مقابلة لمتابعة الجدول الزمني السابق TLFB Timeline Follow Back Sobell & Sobell, 1996 لقياس معدل الشراب في الأشهر الثلاثة الماضية، و 2 يشتمل العلاج التحفيزي المختصر على استجابات الأفراد للشراب بالنسبة إلى المجتمع والمعدل القومي، وتعليم تأثيرات الكحول، ونصائح لتقليل الشراب الكثيف والمعتدل. وقد أظهرت النتائج أن مقابلة لمتابعة الجدول الزمني السابق والتدخل التحفيزي ارتبط مع استمرار الحد من سلوك الشراب لمدة قد تصل إلى سنة بعد المقابلة والتدخل.





قدم كل من "مارك" و"ليندا سوبيلل" مناهج التحكم في الشراب لعلاج سوء استخدام الكحول

الاعتدال الوسطية في الشراب Moderation in Drinking: على الأقل منذ ظهور مجموعة "الكحوليين المجهولين"، يعتقد العديد أن الأفراد ذوي اضطراب استخدام الكحول يمتنعون تمامًا إذا تم العلاج بنجاح، لأنهم مفترض أنهم لا يملكون السيطرة على الشراب بمجرد تناولهم لأول كأس. فمازال اعتقاد "الكحوليين

المجهولين" مستمرا، ولكن الأبحاث المذكورة في وقت سابق أشارت إلى أن معتقدات الكحوليين عن أنفسهم وعن الكحول تكون ضرورية، مثلها مثل إدمان المادة نفسها. وقد فسر هذا الافتراض صعوبة نظر المجتمع في تجنب الكحول تمامًا، وبالتالي فمن الأفضل تعليم الأفراد شراب الكحول بطريقة معتدلة أو وسطية بدلاً من الكثافة في الشراب.

وقد تم إدخال مصطلح الشراب المُحكم controlled drinking في مجال علاج الكحول من قبل "مارك سوبيلل" Mark Sobell و"ليندا سوبيلل" Linda Sobell Sobell & Sobell, 1996 . فهو يشير إلى وجود نمط معتدل من استهلاك الكحول، وتجنب الامتناع الكلي وحالة السُكر. واقترحت نتائج أحد البرامج العلاجية المعروفة أن الأفراد ذوي مشكلات الكحول الأقل خطورة يمكن تعليمهم التحكم في شرابهم، وتحسين كذلك الجوانب الأخرى من حياتهم Sobell & Sobell, 1976 .

ويسمى منهج "سوبيلل" و"سوبيلل" الراهن في تعليم الاعتدال للأفراد من ذوي اضطراب استخدام الكحول بـ "التغيير الموجه ذاتيًا" guided self-change. والافتراض الأساسي في هذا المنهج هو أن الأفراد لديهم مزيد من التحكم أو السيطرة في شرابهم المعتدل أكثر مما يعتقدون، فزيادة الوعي الذاتي بكل من تكاليف الإفراط في الشرب، وفوائد الإقلاع أو التخفيف من الشراب من الأمور المساعدة. فعلي سبيل المثال، تأخير الفرد 20 دقيقة قبل تناول الكأس الثاني أو الثالث يساعده على التفكير في التكاليف مقابل الفوائد للإفراط في الشرب. وتدعم الأدلة فعالية هذا المنهج في مساعدة الأفراد ليصبحوا معتدلين في استهلاكهم للكحول، وبالتالي تحسين حياتهم Sobell & Sobell, 1993 . وقد أظهرت الدراسات الإكلينيكية العشوائية المحكمة أن برنامج "التغيير الموجه ذاتيًا" له نفس فعالية العلاج سواء الفردي أو الجمعي Sobell, Sobell, & Agrawal, 2009 .

الأدوية Medications: يأخذ بعض الأفراد الذين يعالجون من اضطراب استخدام الكحول سواء داخل المستشفي أو خارجه دواء "ديسفلفرام" disulfiram، أو "مضاد لسوء الاستخدام" Antabuse الذي يثبط الشراب من خلال حدوث القيء العنيف إذا تناول الكحول. ويمكن أن نتصور بأن اتباع نظام "مضاد لسوء الاستخدام" يحدث مشكلة.

ومن أجل حدوث فعالية، يجب على الفرد أن يكون بالفعل مستعدا للتغيير. ومع ذلك، فقد أوضحت دراسة المراكز المتعددة أن "مضاداً لسوء الاستخدام" ليس له أي فائدة، ومعدلات التسرب منه مرتفعة تصل إلى 80 في المائة Fuller, 1998 .

وقد وافقت إدارة الغذاء والدواء FDA The Food and Drug Administration على تناول المضادات الأفيونية نالتريكسون the opiate antagonists naltrexone لعلاج اضطراب استخدام الكحول. ويعمل هذا الدواء على منع نشاط الإندورفينات endorphins

التي يحفزها الكحول، وبالتالي تقليل اللـهفة لـه. ويُعـد الـدليل مختلطا بشأن ما إذا كـان هـذا الـدواء أكثر فعاليـة مـن العـلاج البلاسيبو في الحد من الشراب، عندما يكـون هـو العـلاج الوحيـد Kryslal, Cramer, Krol, et al., 2001 . لكـن وجـد فعاليـة العـلاج عنـدما يـدمج مـع العـلاج السـلوكي المعـرفي Pettinati, Oslin, Kampman, et al., 2010; Streeton & Whelan, 2001; Volpicelli, Rhines, et al., 1997; Volpicelli, Watson, King, et al., 1995 .



تؤخذ أدوية "مضادات لسوء الاستخدام" كعلاج للاعتماد على الكحول

تم استخدام "أكمبروسيت" Acamprosate بشـكل منـتظم فى أوربا منذ مـا يقـرب مـن 20 عامـا، تحـت مـا يسـمى بالعلامـة التجاريـة باسـم "كـامبرال" Campral، الـذي وافقـت عليـه إدارة الغذاء والدواء FDA في عام 2004. وبالرغم من أن كيفية تـأثيره غير مفهومة تمامًا، حيث يعتقـد البـاحثون أن تـأثيره عـلى أنظمـة المستقبلات العصبية GABA، ومن ثم تقلل من اللـهفة المرتبطـة بأعراض الانسحاب. ومن استعراض البيانات من جميع المنشورات الخاصة بالتجـارب الإكلينيكيـة المحكمـة باسـتخدام التعميـة المزدوجـة double-blind، والعـلاج الـوهمي البلاسـيبو لـدواء "أكمبروسيت" لعلاج الأفراد المعتمدين على الكحول، وجد أن له فعالية مرتفعـة Mason, 2001 . وبالمقارنة بين تحليل دراسات فعالية "أكمبروسيت" و"نالتريكسون" وجد أن لهـما نفـس القـدر من الفعالية Kranzler & VanKirk, 2001 . وهناك أيضا السؤال الأكثر عمومية وهـو السـؤال المتمثل في: هل يعد علاج مشكلة استخدام المواد عن طريق إعطاء مـادة آخـري أو عقـار مخـدر آخر، يعد بالضرورة خطة حكيمة إذا كان هنـاك اعتقـاد بـأن الـبعض يلجـأون إلى الاعـتماد عـلى المواد بسبب أنهم يبحثون عن حل كيميائي للمشكلات التي تـواجههم في حيـاتهم، وعـلى الـرغم من ذلك فإلى أي درجة يمكن أن تكون الأدوية علاجاً فعالاً للاعتماد على الكحول، ويبدو أن عـدم السماح بها نتيجة الخوف من أن يحل مادة محل آخر يبدو أمراً مضلاً.

ملخص سريع:

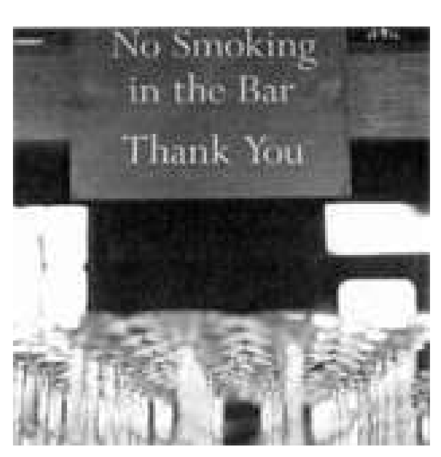
إن العلاج الداخلي في المستشفى للاعتماد على الكحول ليس شائعا في الوقت الحـالي مثـل انتشاره في السنوات السابقة، ويرجع ذلك في الأصـل إلى التكلفـة العاليـة. فإزالـة التسـمم مـن الكحول غالباً لا تحدث في المستشفى، غير أن العلاج بعد ذلـك يـتم بشـكل أكـبر في العيـادات الخارجية.

وتعد مجموعة "الكحوليين المجهولين" AA أشهر صور العلاج من اضطراب استخدام الكحول. وهي مجموعة تعتمد على العلاج بمساعدة الذات، وهذا العلاج يغرس في الذهن فكرة أن الاعتماد على الكحول هو بمثابة مرض، وبالرغم من أن مجموعة "الكحوليين المجهولين" لم يتم دراستها بشكل موسع، إلا أن الأبحاث تشير إلى أنه يعد علاجاً فعالاً. كما أن هناك دليلا على أن العلاج السلوكي للأزواج يعد أيضا علاجاً فعالاً، ويشتمل العلاج بإدارة الطوارئ على تعليم المرضى والأفراد القريبين منهم لتعزيز السلوكيات التي لا تتوافق مع الشراب، أظهر هذا العلاج أملاً لا بأس به، ويشير مصطلح التحكم في الشراب إلى نمط معتدل من استهلاك الكحول، وذلك من خلال تجنب الامتناع الكلي المبالغ فيه وأيضًا الإسراف في الشراب.

تشتمل أدوية علاج اضطراب استخدام الكحول على كل من "مضاد لسوء الاستخدام"، و"نالتريكسون"، و"أكامبروسيت". ويُعد تناول "مضاد لسوء الاستخدام" غير فعال على المدى الطويل. فعدم الامتثال يمثل معوقا كبيرا في العلاج. وغير واضح أن مثل هذه الأدوية تكون فعالة إذا تم أخذها بشكل منفرد، ولكنها تبدو مفيدة إذا تم دمجها مع العلاج المعرفي السلوكي.

علاجات للتدخين Treatments for Smoking:

تعد القوانين الكثيرة التي تهدف في الوقت الراهن إلى منع التدخين في المطاعم، والقطارات، والرحلات الجوية، والمنشآت العامة جزءا من منظومة اجتماعية تقدم أشياء تحفز على التوقف عن التدخين وتشجع على ذلك. فضلاً عن أن احتمال إقلاع الأفراد عن التدخين يزيد إذا كان المحيطون بهم مقلعين بالفعل. وكشفت دراسة طولية على أكثر من 12 ألف فرد عن أن اتسام البيئة الاجتماعية بالتوقف عن التدخين الزوجين، والإخوة، والأصدقاء، وزملاء العمل ، فإن احتمالات الإقلاع لدى الأفراد تزيد بدرجة كبيرة Christakis & Fowler, 2008 . وعلى سبيل المثال، إذا توقف الزوج عن التدخين، فإن احتمالات استمرار الزوجة في التدخين تنخفض إلى ما يقرب من



تزيد القوانين المانعة للتدخين في أماكن متعددة من معدل الإقلاع عن التدخين

70 في المائة. وباختصار، يبدو أن ضغط الأقران للإقلاع عن التدخين فعال بنفس الدرجة لبدء التدخين مرة أخرى.

ويلجأ بعض المدخنين الذين يرغبون في الإقلاع عن التدخين إلى التردد على عيادات التدخين أو طلب النصيحة من المتخصصين، وذلك من أجل الاشتراك في برامج أخرى متخصصة في الحد من التدخين، ومع ذلك، فإن التقديرات تشير إلى أن نصف هؤلاء الأفراد الذين يشتركون في برامج الحد من التدخين فقط، هم الذين ينجحون في الامتناع عن التدخين مع انتهاء البرامج، وأن ما يقرب من 20% فقط من الذين نجحوا على المدى القصير يظلون غير مدخنين بالفعل لمدة عام بعد ذلك، وقد وجد أن أكبر نسبة نجاح كانت بين المدخنين الذين يتميزون بمستوى تعليمي أفضل، وسنًا أكبر، أو يعانون مشكلات صحية حادة USDHHS, 1998 .

العلاجات النفسية Psychological Treatments: لعل أشهر أنواع العلاج النفسي وأكثرها انتشاراً يتألف من طبيب يأمر المريض بالتوقف عن التدخين، وهناك الملايين من المدخنين يتلقون هذه النصيحة كل عام - ويكون السبب في ذلك هو زيادة ضغط الدم، ومرض القلب، ومرض الرئة، والسكر، وذلك بناءً على أسس وقواعد عامة للحفاظ على الصحة وتحسينها، وفي الواقع، فإن معظم المدخنين يؤمرون بالإقلاع عن التدخين عند بلوغ الخامسة والستين من عمرهم USDHHS, 1998 . وهناك بعض الدليل على أن نصيحة الطبيب يمكن أن تجعل الأفراد يقلعون عن التدخين، على الأقل لفترة قصيرة، خصوصا إذا كان الفرد يمضغ النيكوتين أيضاً Law & Tang, 1995 ، ولكن هناك الكثير جداً مما يجب معرفته عن طبيعة النصيحة، والأسلوب الذي يتم إعطاؤه به، وتوقيتها، وعوامل أخرى لابد بالتأكيد أن تؤدي دوراً في تحديد ما إذا كان المدخنون مستعدين لتغيير سلوكهم وقادرين على ذلك، اعتماداً في الأساس على نصيحة الطبيب USDHHA, 1998 .

هناك نمط آخر للعلاج تبدو نتائجه واعدة، ويسمى "جدولة التدخين" scheduled smoking Compas, Haaga, Keefe, et al., 1998 . وتعتمد استراتيجية هذا العلاج على تقليل كمية النيكوتين بالتدريج علي مدار فترة لا تتجاوز أسابيع قليلة، وذلك عن طريق جعل المدخنين يزيدون من الفاصل الزمني بين السيجارة والسيجارة الأخرى. فمثلا خلال الأسبوع الأول من العلاج، يمكن أن يتم جعل المدخن الذي يدخن علبة سجائر يومياً على أن يسير وفق جدول لا يسمح له سوى بتدخين 10 سجائر فقط كل يوم، وخلال الأسبوع الثاني يكون العدد 5 سجائر فقط في اليوم، وأثناء الأسبوع الثالث سوف يقلل المدخن تدريجياً إلى أن يصل إلى العدد صفر. ويتم تحديد السجائر التي سوف يتم تدخينها أو التي يجب أن يتم تدخينها من قبل فريق العلاج. وليس عندما يشعر الفرد برغبة ولهفة شديدة وملحة. وبهذه الطريقة يتم التحكم في سلوك الفرد في التدخين بمرور الوقت وليس

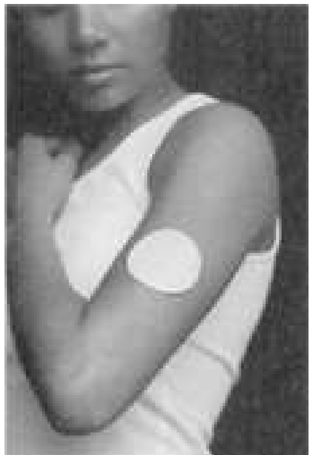
عن طريق الدوافع أو الحوافز، والحالات المزاجية أو المواقف. وقد أظهر الأفراد القادرون على اتباع الجدول المتفق عليه معدل إقلاع بلغ نسبته 44% بعد مرور عام واحد، وهي نتيجة جيدة للغاية Cinciripini, Lapitsky, Wallfisch, et al., 1994 .

وعند بلوغ الثامنة عشرة من العمر يشعر حوالي ثلثي الأفراد الذين يدخنون السجائر بالندم على انحرافهم إلى التدخين، ويكون نصفهم قد حاول بالفعل الإقلاع عن التدخين، كما أن ما يقرب من 40% يظهرون اهتماماً بالحصول على علاج لاعتمادهم على التدخين Henningfield, Michaelides, & Sussman, 2000 . لهذا فتوجه برامج جلسات التدخين نحو صغار الشباب يُعد منهجاً فعالا، حيث إن هناك برنامجا مدرسيا يطلق عليه مشروع Ex Project يتكون من التدريب على مهارات التعايش، ومكونا تعليميا نفسيا حول الآثار الضارة للتدخين، وقد وجدت دراستان أن هذا البرنامج يتسم بالفاعلية في كل من الولايات المتحدة Sussman, Dent, & Lichtman, 2001 ، والصين Zheng, Sussman, Chen, et al., 2004 . حيث تم تعديل البرنامج ليتناسب مع ثقافة ولغة الصينيين. ومن مناهج جلسات التدخين الأخرى الموجه لصغار الشباب نجد العلاج السلوكي المعرفي، والمناهج التحفيزية، والتي أيضًا كشفت عن فعالية في توقف المراهقين عن التدخين. فالمناهج السلوكية المعرفية تركز على مهارات التعايش وحل المشكلة Curry, Mermelstein, & Sporer, 2009 .

علاجات استبدال النيكوتين والأدوية Nicotine Replacement Treatments and Medications: إن الهدف الذي تسعى إليه طرق استبدال النيكوتين في العلاج يتمثل في تقليل لهفة المدخن على النيكوتين عن طريقة تقديمه بطريقة مختلفة. ومن الواضح أن الانتباه على الاعتماد على النيكوتين له أهمية كبيرة لأنه كلما زاد عدد السجائر التي يدخنها الأفراد يوميًا قل نجاحهم في الإقلاع عن التدخين، ويمكن تقديم النيكوتين في هيئة العلك اللبان ، وفي الرقعات patches، أو المباسم inhalers، أو السجائر الإليكترونية electronic cigarettes. والفكرة هي مساعدة المدخنين على تحمل أعراض انسحاب النيكوتين عند الإقلاع عن التدخين. وبالرغم من استبدال النيكوتين بما يخفف الانسحاب - والذي يبرر استخدام العلك اللبان أو الرقع كما سيتم وصفها لاحقًا - فإن شدة الانسحاب ليست سوى الحد الأدنى للنجاح في الإقلاع عن التدخين Ferguson, Shiffman, & Gwaltney, 2006; Hughes, Higgins, Hatsukami, et al., 1990 .

يتوفر العلك اللبان الذي يحتوي على النيكوتين في الولايات المتحدة الأمريكية منذ عام 1984 من خلال روشتات الأطباء، أما الآن فإنه متوافر بدون روشتة الطبيب. ويتم امتصاص النيكوتين الموجود في العلك اللبان بشكل أكثر بطئًا وثباتًا من النيكوتين من النيكوتين الموجود في التبغ. ويتمثل الهدف علي المدى البعيد في القدرة على التوقف عن

استخدام اللبان أيضاً، وذلك بالنسبة للمدخن السابق، وفي النهاية يتم التخلص من الاعتماد على النيكوتين تماماً.



تتوفر رقعات النيكوتين دون وصفة طبية للمساعدة في تخفيف أعراض الانسحاب

وبالرغم من ذلك فإن هذا العلاج ينطوي على بعض الجدل، حيث قد يصبح المدخنون السابقون معتمدين على العلك اللبان ، علاوة علي ذلك تعادل الجرعات التي تطرد كمية من النيكوتين تدخين سيجارة واحدة في الساعة، ومن ثم يتسبب العلك اللبان في إحداث تغيرات في الأوعية الدموية، مثل زيادة ضغط الدم، وهو ما قد يمثل خطراً الأفراد الذين يعانون أمراض الأوعية الدموية. ولكن يعتقد بعض الخبراء أنه حتى الاستخدام الطويل والمستمر للعلك اللبان يعد أكثر صحية من الحصول على النيكوتين عن طريق التدخين، لأن السموم الموجودة في الدخان علي الأقل يتم تجنبها de wit & Zacny, 2000 .

وقد أصبحت رقع النيكوتين متاحة في ديسمبر من عام 1991 بروشتة الطبيب، وفي عام 1996 أصبحت متاحة بدون روشتة. وتعمل الرقعة أو لصقة البولي إيثلين polyethylene التي يتم لصقها على الذراع كجهاز أو وسيلة لتوصيل النيكوتين عن طريق الجلد، وتعمل على إطلاق النيكوتين ببطء وبالتدريج إلى مجرى الدم، ومن ثم إلى المخ. وإحدى المزايا التي تتسم بها الرقعة وتتفوق بها على علك لبان النيكوتين هي أن الفرد لا يحتاج سوى للصق رقعة واحدة كل يوم، وألا يزيلها إلا عند لصق الرقعة الثانية. مما يسهل من عملية الامتثال والاستمرار. وعادة ما تستغرق فترة العلاج حوالي ثمانية أسابيع Stead, Perera, Bullen, et al., 2008 . ومع تقليل عدد الرقعات تدريجياً كلما تقدم العلاج. أما العيب أو المشكلة في نظام الرقعة فهي أن الأفراد الذين يواصلون التدخين أثناء لصقهم للرقعة يزيدون من خطر زيادة كمية النيكوتين في أجسادهم لمستويات خطيرة.

غير أن الأدلة تشير إلى أن رقعة النيكوتين أفضل من استخدام رقعة البلاسيبو الوهمية من حيث الإقلاع واللهفة الذاتية Hughes et al., 1990 . وكشف نتائج تحليل 111 دراسة لكل أنواع علاجات استبدال النيكوتين الرقعة، العلك، بخاخة الأنف، المبسم، الأقراص عن فعالية بدائل النيكوتين مقارنة بالعلاج البلاسيبو الوهمي في الإقلاع عن التدخين Stead, et al., 2008 . ومع ذلك، فأساليب استبدال النيكوتين ليست

حلا سحريا. لأن معدلات الإقلاع عن التدخين ليست سوى حوالي 50 في المائة خلال فترة متابعة استمرت لمدة 12 شهرا المتابعة. وذكرت الشركات المصنعة أن الرقعة تستخدم كجزء من البرنامج النفسي للإقلاع عن التدخين المستمر لمدة لا تزيد على ثلاثة أشهر في كل مرة. فضلا عن أن أساليب استبدال النيكوتين ليست فعالة مع المراهقين Curry et al., 2009 .

ويؤدي الجمع بين الدواء المضاد للاكتئاب bubrioprion المعروف تجاريًا باسم wellbutrin ورقعات النيكوتين إلى أن معدلات الإقلاع عن التدخين لعام واحد بلغت نسبتها 35% في الدراسة الواحدة Jorenby, Leischow, Nides, et al., 1999 ، وهى نتائج أقل رضاء لدى الآخرين Hughes, Stead, & Lancaster, 2004; Killen, Fortmann, Murphy, et al., 2006 . وتشتمل بعض العلاجات الدوائية الواعدة بدون نيكوتين للتوقف عن التدخين على دواء الكلونيدين clonidine وخلات الفضة silver acetate Benowitz & Peng, 2000 . وقد وافقت إدارة الغذاء والدواء FDA على وصف دواء "الفارينيكلين" Varenicline في عام 2006 لعلاج الاعتماد على النيكوتين، وتشير النتائج الأولية إلى أن دمج هذا الدواء مع العلاج السلوكي يؤدي إلى فعالية أكثر عند مقارنته بدواء buprioprion Cahill, Stead, & Lancaster, 2007; Tonstad, Tonnesen, Hajek, et al., 2006 .

علاج اضطرابات استخدام العقار Treatment of Drug Use Disorders:

من الأشياء المركزية لعلاج الأفراد الذين يستخدمون العقاقير غير المشروعة مثل الهيروين والكوكايين هو التخلص من السمية - وهي انسحاب الدواء نفسه، حيث تتراوح ردود أفعال انسحاب الهيروين من نوبات القلق الخفيفة، والغثيان والضجر لعدة أيام إلى النوبات الأكثر حدة من الهذيان والهلع. ويعتمد ذلك في الأصل على نقاء الهيروين الذي كان يستخدمه الفرد.

وإزالة السموم هى الطريقة الأولى التي يحاول المعالجون مساعدة الأفراد المعتمدين على العقار، وأنه قد يكون أسهل جزء في عملية إعادة التأهيل. حيث إن عملية جعل مستخدم المواد يعيش بدون هذه العقاقير بعد إزالة السموم عملية صعبة للغاية، وبشكل أكثر تحديداً فإن المعالج والعميل يلاقيان من الإخفاق وخيبة الأمل، والحزن أكثر ما يصادفان من نجاح في هذه العملية، وهناك عدة طرق مختلفة يمكن استخدامها للقيام بهذه المهمة، منها العلاجات النفسية، وعلاجات استبدال العقاقير، والعلاج بالأدوية.

العلاجات النفسية: وفي أول مقارنة مباشرة في دراسة ضابطة، اتضح أن الدواء المضاد للاكتئاب "ديسيبرامين" desipramine والمعروف تجاريًا باسم "نوربرامين"

Norpramine والعلاج المعرفي السلوكي CBT يتسمان بفاعلية نوعاً ما في تقليل استخدام الكوكايين، وكذلك في تحسين الوظيفة الأسرية والاجتماعية، والوظيفة النفسية بوجه عام Carroll, Rounsaville, Gordon, et al., 1994; Carroll, . Rounsaville, Nich, et al., 1995 وفي هذه الدراسة التي استمرت لمدة 12 أسبوعاً، كان دواء "ديسيبرامين" أفضل من علاج البلاسيبو عند المرضى المعتمدين على الكوكايين بدرجة خفيفة، في حين كان العلاج السلوكي المعرفي أفضل مع الأفراد المعتمدين على الكوكايين بدرجة كبيرة. وتكشف هذه النتيجة عن أهمية الجوانب النفسية لاستخدام المواد.



وكثيرا ما يستخدم العلاج الجماعي في البيئات السكنية لعلاج إدمان الهيروين

وخلال هذه الدراسة، تعلم المرضى الذي يتلقون العلاج السلوكي المعرفي كيفية تجنب المواقف ذات الخطورة العالية مثل وجودهم بجوار أشخاص يستخدمون الكوكايين ، وكيفية إدراك الإغراء الذي يمثله العقار بالنسبة لهم، بالإضافة إلى كيفية ابتكار طرق بديلة عن استخدام الكوكايين على سبيل المثال القيام بأنشطة ترفيهية مع الأفراد غير المستخدمين . وتعلم الأفراد الذين يسيئون استخدام الكوكايين في هذه الدراسة خططاً للتعايش مع اللهفة، ومقاومة الميل إلى اعتبار الزلة بمثابة كارثة التدريب على الوقاية من الانتكاس: انظر التركيز على الاكتشاف 10-4 . وهناك دراسة حديثة تقيس فاعلية العلاج السلوكي المعرفي لسوء استخدام العقار في البيئة المجتمعية، حيث وجدت أنه لا يوجد أي اختلاف في النتائج بين العلاج السلوكي المعرفي والإرشاد النموذجي لسوء استخدام المادة Morgenstern, Blanchard, Morgan, et al., 2001 . ونحن لدينا العديد من الطرق التي تساعدنا على زيادة فاعلية أنواع العلاج التي نستخدمها في بيئتنا المجتمعية.

وقد اتضح فعالية برنامج إدارة الطوارئ باستخدام المستندات vouchers في علاج اضطرابات استخدام الكوكايين، والهيروين، والماريجوانا Dallery et al., 2001; Katz et al., 2001; Petry, Alessi, Max, et al., 2005; Silverman et al., 1996 . على سبيل المثال، تمت المقارنة - من خلال دراسة عشوائية محكمة للأفراد من ذوي اضطراب استخدام الماريجوانا - بين علاج المستندات، والعلاج السلوكي المعرفي، والاثنان معًا

Budney, Moore, Rocha, et al., 2006 . وخلال هذه المقارنة وجد أن الأفراد الذين تلقـوا علاج المستندات كانوا أفضل في استمرار الإقـلاع عـن الماريجوانـا مقارنـة بالـذين تلقـوا العـلاج السلوكي المعرفي. وبعد الانتهاء من العلاج، وجد أن الأفراد الذين تلقوا العـلاج السـلوكي المعـرفي مصاحبًا لعلاج المستندات يبقون مستمرين في الإقلاع، بينما جاء العلاج بالمستندات فعالاً عـلى المدى القصير، وهذا معناه أن العلاج السلوكي المعرفي يبـدو عـنصرا فعـالا طويـل المـدى لعـلاج اضطراب استخدام الماريجوانا، والاحتفاظ بالإقلاع لفترات زمنية أطول بعد انتهاء العلاج.

ووجـدت دراسـات إدارة الطـوارئ لاضـطراب اسـتخدام الكوكـايين أنهـا لا تـرتبط فقـط بالاحتمال الأكبر للإقلاع عن استخدام الكوكـايين، بـل أيضًـا في تحسـين نوعيـة الحيـاة Petry, Alessi, & Hanson, 2007 . ومن خلال تحليل أربع دراسات مختلفة لإدارة الطـوارئ لعـلاج اضطراب استخدام الكوكايين، وجد الباحثون أن الأشخاص الذين تلقوا العـلاج بـإدارة الطـوارئ كانوا أكثر استمرارا في الإقلاع عن الكوكايين مقارنة بالأفراد الـذين تلقـوا العـلاج كالمعتـاد، كـما ترتبط مدة الإقلاع أثناء العـلاج بارتفـاع نوعيـة الحيـاة بعـد العـلاج. واسـتخلص تحليـل أربـع دراسات إكلينيكية عشوائية تقارن بين إدارة الطوارئ، والعلاجي اليومي، أو الاثنان معًـا لعـلاج اضطراب استخدام الكوكايين بين الأفراد بلا مأوى أن الجمع بين العلاج اليومي وإدارة الطـوارئ كان أكثر فعالية من العلاج اليومي لوحده Schumacher, Milby, Wallace, et al., 2007 .

وظهـر للعـلاج المسـمى بالمقابلـة التحفيزيـة motivational interviewing أو العـلاج بالتعزيز enhancement therapy نتائج واعدة أيضًا. ويتضمن هذا العلاج الدمج بين تقنيات العلاج السلوكي المعرفي، والتقنيات المرتبطة بمساعدة العملاء على تطوير الحلول التي قاموا بهـا بأنفسهم. وبتحليل نتائج هذا العلاج وجد أنه فعـال لكـل مـن اضـطرابات اسـتخدام العقـاقير والكحول Burke, Arkowitz, & Menchola, 2003 . وجدت دراسـة أخـرى أن الـدمج بـين التعزيز التحفيزي والعلاج السلوكي المعرفي وإدارة الطوارئ تمثل حزمـة علاجيـة فعالـة للصـغار الشباب الفئة العمرية 18-25 الذين يعتمدون على الماريجوانا Carroll, Easton, Nich, et al., 2006 .

وتُعد بيوت الإقامة للمساعدة الذاتية Self-help residential homes أحد طرق العلاج النفسي الأخرى لعلاج سوء استخدام الهيروين وأنواع أخرى من المواد والاعتماد عليها. وتشـترك بيـوت إعـادة التأهيـل للعقـاقير مثـل "قريـة دايتـوب" Daytop Village، و"بيـت فـونيكس" Phoenix House و"بيت أوديسى" Odyssey House في الخصائص التالية:

- فصل الأفراد من العلاقات الاجتماعية السابقة، على اعتبار أن هذه العلاقات كانت عـاملاً مهما في استمرار الاعتماد على المواد.

- توفير بيئة شاملة لا يتوفر فيها أي عقاقير مع تقديم الدعم باستمرار لتسهيل عملية الانتقال من شخص يستخدم العقاقير بشكل منتظم إلى شخص خال منها.
- وجود نماذج لها دور مؤثر أو كاريزمي، وهو أشخاص كانوا في السابق يعتمدون على المواد ولكن استطاعوا مواجهة تحديات الحياة بدون استخدام المواد.
- المواجهة المباشرة، والتي كثيرا ما تكون بشدة في العلاج الجماعي، الذي يحث المرضى على قبول تحمل مسئولية المشكلات التي يعانونها، وكذلك عاداتهم في إدمان المواد، كما يتم تشجيعهم على تحمل مسئولية حياتهم.
- تتعامل المؤسسة التي يوجد بها المرضى بالاحترام الكامل وبوصفهم كائنات بشرية، لا أن يتم وصفهم بالعار باعتبارهم أشخاصا فاشلين أو مجرمين.

وهناك العديد من العقبات التي حالت دون تقييم فاعلية برامج الإقامة لعلاج العقاقير، فبما أن الدخول إليها هو أمر طوعي، فإن قلة قليلة من المستخدمين الذين يعتمدون على المواد هم الذين سيدخلون هذه الأماكن، علاوة على ذلك فنظراً لأن معدل التسرب يُعد مرتفعا، فإن الأفراد الذين يواصلون العلاج لا يمكن اعتبارهم ممثلين لطائفة الأفراد الذين يدمنون المواد غير المشروعة، وقد يكون الدافع لديهم للتوقف عن استخدام المواد أقوى بكثير من الدافع الموجود لعامة المدمنين في المتوسط، وأي تحسن يبديه المشاركون في هذه البرامج قد يعكس رغبتهم القوية وغير المشتركة في التخلص من العادة السيئة أكثر من كونها تعكس الميزات الخاصة التي يتسم بها البرنامج العلاجي، ومن الواضح أن ما تقوم به المجمعات التي توفر الإقامة تعتمد على التنظيم الذاتي، ويبدو على الرغم من ذلك أنها مفيدة في مساعدة عدد كبير من أولئك الذين يواصلون البقاء داخل هذه المجمعات لمدة عام أو أكثر Institute of Medicine, 1990; Jaffe, 1985 .

وفي عام 2000، وافق الناخبون في كاليفورنيا على الاقتراح 36، الذي تم تفعيله ليتحول إلى قانون في سنة 2001 تحت مسمى قانون مكافحة سوء استخدام المواد ومنع الجريمة the Substance Abuse and Crime Prevention Act SACPA ، ويسمح القانون بإرسال مجرمي المواد الذين لا يتسمون بالعنف إلى تلقي العلاج وليس إلى السجن، وتعد المشاركة في هذا البرنامج طوعية، ويكون للفرد الذي يقع تحت طائلة قانون مكافحة سوء استخدام المواد ومنع الجريمة SACPA الحق في الاختيار إما أن يخضع للعلاج أو يزج به في السجن. وفي أول أربع سنوات من البرنامج، كان هناك ما يزيد على 200 ألف مجرم ينطبق عليهم القانون، واختار ما يقرب من 74% أن يخضعوا للعلاج مفضلين ذلك على إجراءات العدالة الجنائية المعيارية. ودرس الباحثون في UCLA هذا البرنامج منذ أن بدأ حتى إطلاق التقارير السنوية. وأكدت النتائج بعد الأعوام السبعة الأولى أن البرنامج فعال، على الأقل فيما يتعلق باحترام إتمام العلاج،

وخفض استخدام العقاقير. حيث إن نسبة أعلى من الثلث بقليل من الذين خضعوا للعلاج في العام الرابع، و40 في المائة كملوا العلاج في العام السابع. وقد تبدو هذه النسبة منخفضة، غير أنها في الواقع نسبة لا بأس بها، مقارنة بمعدلات إتمام العلاج في برامج علاجية أخرى وخصوصاً تلك البرامج التي يقوم نظام العدالة الجنائية بتحويل المجرمين إليها Longshore, Urada, Evans, et al., 2003, 2005; Urada, Evans, Yang, et al., 2009 . وجاء توفير التكاليف من هذا البرنامج خلال سنواته الأولى كبيرا جدًا. فكل دولار سوف يستثمر في أحد المشاركين في برنامج مكافحة سوء استخدام المواد ومنع الجريمة تقدر تكلفته بحوالي أربع مرات مقارنة بتكلفة إرساله إلى السجن Longshore, Hawken, Urada, et al., 2006 . فالأخبار كلها ليست جيدة، لأن المشاركين الذين ذهبوا إلى العلاج ضمن برنامج مكافحة سوء استخدام المواد ومنع الجريمة كانوا أكثر عرضة لإعادة اعتقالهم بجرائم بالمخدرات مقارنة بالأفراد المماثلين لهم في الجرائم قبل بدء البرنامج Longshore et al., 2005; Urada, et al., 2009 .

علاجات استبدال العقاقير والعلاج بالأدوية: من أكثر البرامج لعلاج استخدام الهيروين برنامجان يتضمنان استخدام بدائل الهيروين heroin substitutes، وهي عقاقير تتشابه كيميائيا مع الهيروين، وهذه العقاقير من شأنها أن تستبدل اشتياق الجسد له. أو مضادات الأفيون operate antagonists، فهي عبارة عن عقاقير تمنع المستخدم من تجريب الهيروين بشكل مفرط، ولنسترجع ما ورد في الفصل الثاني من أن المضاد هو عبارة عن عقار يعمل على تخفيف نشاط الموصلات العصبية، وتشمل الفئة الأولى "الميثادون" methadone، "خلات يفوميثاديل1" levomethadyl acetate، "البوبرينورفين" buprephine، وهي مخدرات Narcotics صناعية مصنعة لتحل محل الهيروين. وبما أن هذه العقاقير هي في ذاتها إدمان، إذن فالعلاج الناجح يقوم في الأساس بتغيير اعتماد الفرد على الهيروين ليتحول إلى الاعتماد على مادة مختلفة cross-dependent، ويحدث هذا التحول لأن هذه المواد صناعية. ويتم الاعتماد عليها بدلا من الهيروين، بمعنى أنه عن طريق عمل هذه المواد الصناعية نفس مستقبلات الجهاز


الميثادون هو بديل صناعي للهيروين. فالمدمنين للهيروين يأتون إلى العيادات كل يوم لابتلاع جرعتهم

العصبي المركزي، فإنها تصبح بـديلاً للاعـتماد الأصـلي، ويـؤدي الانقطـاع المفـاجئ عـن أخـذ "الميثادون" إلى ردود أفعال انسحابية خاصة به، ولكن لأن هذا النوع من ردود الأفعال يعـد أقل حدة من الأعراض المصاحبة لانسحاب الهيروين، فإن "الميثادون" من المحتمـل أن يـؤدي إلى فطـام مسـتخدمي الهـيروين مـن الاعـتماد عـلى المـواد بشـكل تـام Strain, Bigelow, Libson, et al., 1999 .

ويشتمل العلاج بمضادات الأفيون عـلى عقـار يسـمى "النالتريكسـون" naltrexone. أولاً: يـتم فطـم الأفـراد مـن الهـيروين بالتـدريج. ثـم يـتم إعطـاؤهم جرعـات متزايـدة مـن عقـار "النالتريكسون"، وهو ما يمنعهم من الإحساس بأية نشوة في حال تناولهم للهيروين فـيما بعـد، ويعد هذا العقار فعالا لأنه ملائم إلى حد كبير تماما للمسـتقبلات التـي يـنحصر فيهـا الأفيـون عادة، حيث إن جزيئاتها تحتل المستقبلات بدون أن تهيجها، وهو مـا لا يـترك مكانـا للهـيروين ليستقر فيه، ومن ثم لا يصبح للهيروين تأثيره المعتاد على المستخدم، وبالرغم من ذلـك، فكـما هى الحال مع "الميثادون"، نجد أن العلاج بمضادات الهيروين يتضمن زيـارات دائمـة ومنتظمـة للعيادة، وهو ما يتطلب وجـود دافـع لـذلك، فضـلاً عـن أن المـرضى لا يفقـدون لهفـتهم عـلى الهيروين لبعض الوقت. وكل الفاعلية الإكلينيكية والاستمرار والامتثال للعلاج يمكن زيادته عـن طريق إضافة عنصر إدارة الطوارئ إلى العـلاج Carroll, Ball, Nich, et al., 2001 . فإعطـاء الأفراد علاج التحفيز الذي يساعدهم عـلى تغـير الطعـام والكسـاء مـع الرجـوع لتنـاول عقـار "النالتريكسون"، كشف عن فعالية العلاج بشكل ملحوظ من خلال أخـذ عينـات البـول خاليـة مـن المـواد. كـما قارنـت إحـدى الدراسـات بـين علاجـين "النالتريكسـون" مختلفتـين: قـرص "نالتريكسون" اليومي وزرع "النالتريكسون" جراحيًا التي تطلق ببطء داخـل الجسـم لمـدة 30 يوما. فوجد أن الأفراد ذوي زرع "النالتريكسون" جراحيًا اسـتخدموا الأفيونيـات أقـل، وسـجلوا أقل لهفة مقارنة بالذين يتلقون جرعة "النالتريكسون" بالفم Hulse, Ngo, & Tait, 2010 .

وعادة ما يتضمن العلاج ببدائل الهيروين التوجه إلى عيادة للعـلاج بالعقـار، وابـتلاع العقـار في وجود أحد أفراد الطاقم العامل في العيادة، وذلك بمعدل مـرة واحـدة كـل يـوم بالنسـبة للميثـادون، وثلاث مرات في الأسبوع بالنسبة لـ "خلات يفوميثاديل1" و"البوبرينورفين". وفي بعض الحالات يتلقـى الفرد العلاج من خلال الزيارات الأسبوعية لطبيب رعاية أولية بدلاً مـن ذلـك، وهنـاك بعـض الأدلـة التي تشير إلى فعالية وبسـاطة اسـتمرار تنـاول "الميثـادون" مـن خـلال الزيـارات الأسـبوعية لطبيـب Fiellen, O'connor, Chawarski, et al., 2001 . ويمكن زيادة فاعلية العلاج بعقار "الميثادون" إذا تم استخدام جرعة كبيرة قد تصل من 80-100ملليجرام بدلاً من الجرعة العادية وهـي مـن 40-50 ملليجـرام Strain et al., 1999 . وكـذلك تـزداد فاعليتـه إذا تـم دمجـه بالإرشـاد الـنفسي

المنتظم Ball & Ross, 1991 . وبوجه عام فإن خبراء علاج العقاقير يعتقدون أن العلاج ببدائل الهيروين يتم إجراؤه على أفضل وجه في محيط من التفاعل الاجتماعي المساند والداعم، وليس اعتباره مقابلة طبية Lilly, Quirk, Rhodes, et al., 2000 .

وبما أن "الميثادون" لا يعطي حالة من الانشراح والنشوة، فإن الكثير من الأفراد يعودون إلى الهيروين متى أتيح لهم ذلك، فضلاً عن أن الكثير من الأفراد ينسحبون من البرامج. ولتحسين النواتج الفعالة يحاول الباحثون إضافة برنامج إدارة الطوارئ مع علاج "الميثادون" المعتاد في العيادات. ففي إحدى الدراسات العشوائية المحكمة Pierce, Petry, Stitzer, et al., 2006 ، يحصل الأفراد الذين يتلقون "الميثادون" في العيادة على جوائز في كل مرة يأتون بها بعينة بول الإشراف بعناية في الحصول عليها خالية من أي عقار غير شرعي أو الكحول، وقد تراوحت الجوائز ما بين الثناء وأجهزة التلفزيون. فأفراد مجموعة إدارة الطوارئ كانوا أكثر عرضة للبقاء بدون عقار مقارنة بهؤلاء الذين تلقوا الرعاية المعتادة فقط من عيادة "الميثادون". بطبيعة الحال، فإنه يبقى أن نرى ما إذا كانت هذه المكاسب يمكن أن تحافظ على استمرار الإقلاع بعد انتهاء العلاج، ولذا فعلي المعالجين تقديم مثل هذه الحوافز.

وللأسف، كثير من الأفراد ينسحبون من برامج "الميثادون"، ويرجع ذلك جزئيا إلى الآثار الجانبية مثل الأرق، والإمساك، والعرق الزائد، وضعف الأداء الجنسي. وارتباط الذهاب إلى عيادات "الميثادون" بالوصمة، كما يتضح من حالة "جيمس" التي تم عرضها سابقاً. وقد يكون سن الفرد عند دخوله البرنامج ذا أهمية كذلك، فكلما زاد عمر الفرد زاد احتمال استمرار الفرد في البرنامج Friedmann, Lemon, & Stein, 2001 .

ومع وجود محاذير على البدائل مثل "الميثادون" والمضادات الأفيونية الأخرى، فإن الباحثين يكفون منذ فترة عن البحث عن أدوية بديلة. ففي عام 2003، تم تقديم عقار جديد قد يحدث ثورة في علاج الاعتماد على الهيروين هو "البوبرينورفين" Buprenorphine باسم تجاري Suboxone ، وهو يحتوي في الواقع على مادتين هما: "البوبرينورفين" و"النالوكسون"، ويعد "البوبرينورفين" عقار مضاد الأفيون، وهو ما يعني أنه لا يكون له الخصائص الإدمانية القوية مثل الهيروين، ويعد مادة نفسية عصبية كاملة. أما "النالوكسون" فهو أحد مضادات الأفيون، وعادة ما يستخدم في حجرة الطواريء للجرعات الزائدة للأفيون أو الهيروين. وهذا المزيج الفريد الموجود في عقار الـ Suboxone، لا يؤدي إلى حالة من النشوة الحادة، فهو إدمان من الدرجة المتوسطة فقط، ويستغرق مدة طويلة فقد تصل إلى ثلاثة أيام، ولا يحتاج مستخدمو الهيروين إلى الذهاب إلى عيادة لتلقي هذا الدواء طالما أنه يمكن وصفه للأفراد، ومن ثم فإن العلاج يتجنب الوصمة المصاحبة لزيارة عيادات الميثادون. ويعد عقار الـ Suboxone فعالا في تخفيف الأعراض

الانسحابية، لأنه يستمر لفترة أطول من الميثادون، فإن الباحثين يأملون في أن يقل احتمال حدوث انتكاسة، وبالرغم من ذلك فإن بعض المستخدمين قد يفقدون الإحساس الكبير بالنشوة المصاحبة للهيروين، وهو ما يعني تقليل الانتكاسة.

ويبدو استبدال الدواء علاجًا غير فعال لسوء استخدام الكوكايين والاعتماد عليه. واستخلص من تحليل تسع دراسات إكلينيكية عشوائية للأدوية المنشطة المستخدمة لعلاج سوء استخدام الكوكايين وجود دليل ضعيف حول فعالية هذا النوع من الدواء Castells, Casas, Vidal, et al., 2007 . ووجدت دراستان للتعمية المزدوجة: التعمية النتائج وانخفاض نتائج مضاد للاكتئاب ديسيبرامين desipramine Arndt, Dorozynsky, Woody, et al., 1992; Kosten, Morgan, Falcione, et al., 1992 .

وحديثًا طور الباحثون لقاحاً للوقاية من الرغبة الشديدة لاستخدام الكوكايين. ويحتوى اللقاح على كميات قليلة من الكوكايين لا تسبب أي ضرر مرضي. حيث يستجيب نظام المناعة في الجسم لهذا الغزو من خلال تطوير الأجسام المضادة التي تسحق الكوكايين. ومن المأمول أن تكرار التعرض يجعل الأجسام المضادة قادرة على الحفاظ على منع الكوكايين من الوصول إلى المخ. وبالرغم من ذلك، أوضحت نتائج التجارب الإكلينيكية العشوائية من خلال 100 فرد مدمن للكوكايين بأن هذا اللقاح غير واعد Martell, Orson, Poling, et al., 2009 . أولاً، ليكون اللقاح فعالا، يحتاج الأفراد لتلقي خمس حقن، وحوالي فقط نصف العينة تتبعوا ذلك. ثانيًا، حوالي ثلث الأفراد فقط الذين تلقوا جميع الحقن طورت لديهم الأجسام المضادة للحفاظ على الكوكايين من الوصول للمخ.وأخيرًا، بالرغم من أن حوالي نصف العينة استخدموا كوكايين أقل، إلا أن اللقاح لم يساعدهم على تقليل اللهفة للكوكايين، ويتضح الحاجة إلى مزيد من الدراسة.

يتطلب اكتشاف أنواع علاجية فعالة لعلاج الاعتماد على الميثامفيتامين تحديًا كبيرًا يواجه المتخصصين في هذا المجال، فالأفراد الذين على شاكلة حالة "أنتون" التي تم وصفها سابقاً ليست هناك أماكن قريبة منهم ليلجأوا إليها للعلاج، وأضخم مجهود للبيانات هو دراسة إكلينيكية عشوائية محكمة تم إجراؤها عبر ثمانية مواقع مختلفة، ويطلق على هذه الدراسة مشروع علاج الميثامفيتامين Methamphetamine Treatment Project Rawson, Martinelli-Casey, Anglin, et al., 2004 . وقامت هذه الدراسة بمقارنة علاج متعدد الأوجه يطلق عليه "المصفوفة" Matrix بالعلاج المعتاد treatment as usual TAU . ويتكون علاج "المصفوفة" من 16 جلسة جماعية للعلاج السلوكي المعرفي، بالإضافة إلى 12 جلسة تعليم أسري، وأربع جلسات علاج فردي، وأربع جلسات جماعية للمساندة الاجتماعية. والعلاج المعتاد TAU يتكون من أفضل الطرق العلاجية المتاحة التي يتم تقديمها في الوقت الراهن في العيادات الخارجية الثماني. ولا يختلف ذلك

إلا بشكل طفيف باختلاف المواقع مع تقديم بعض النصائح الفردية من جانب البعض، في حين أن البعض الآخر يقدم النصائح الجماعية، والبعض يقدم 4 أسابيع من العلاج، والبعض الآخر يقدم 16 أسبوعاً من العلاج، وتبدو نتائج هذه الدراسة مشجعة، بالنسبة لعلاج "المصفوفة" مقارنة بنتائج دراسة العلاج المعتاد TAU ، فأولئك الأفراد الذين يتلقون علاج "المصفوفة" ظلوا مواظبين على العلاج لفترة أطول وكانوا أقل ميلا لاستخدام الميثامفيتامين أثناء العلاج ويتم التحقق من ذلك عن طريق تحليل البول . وبالرغم من ذلك فإن نهاية العلاج وبعد الشهر السادس من المتابعة، لم يكن علاج "المصفوفة" أفضل من العلاج المعتاد TAU ، مما يعنى أن الأفراد الذين تلقوا علاج "المصفوفة" لم يكونوا أقل ميلاً لاستخدام الميثامفيتامين مقارنة بأولئك الذين خضعوا للعلاج المعتاد TAU ، والأخبار التي تبعث على السرور هي أن كل المشاركين كانوا أقل ميلاً لاستخدام الميثامفيتامين بعد مرور ستة شهور من المتابعة، بغض النظر عما إذا كانوا قد تلقوا علاج "المصفوفة" أو العلاج المعتاد TAU ، وبالرغم من أن هذه النتائج تبدو مبشرة وواعدة، إلا أنه من الواضح أننا بحاجة لابتكار أنواع فعالة من العلاج لسوء استخدام الميثامفيتامين والاعتماد عليه.

الملخص السريع :

لم تكن كل العلاجات النفسية فعالة في علاج الإقلاع عن التدخين. حيث أظهرت جدولة التدخين – وهى تقليل النيكوتين المأخوذ بالتدريج على مدى فترة تمتد لأسابيع قليلة - بعض النتائج الواعدة، ومن الواضح أن علك النيكوتين فعال نوعا ما، بالرغم من أن المستخدمين قد يصبحون معتمدين على العلك، وتعد رقعات النيكوتين أكثر فعالية من الرقعات البلاسيبو، لكن بعد مرور تسعة أشهر من العلاج، وقد تلاشت الفروق والاختلافات بين من يتلقون عقاراً ومن يتلقون العلاج البلاسيبو. ويتسم إضافة عقار البوبروبيون بجانب علاج رقعات النيكوتين بالفاعلية.

وتعد إزالة السموم هي الخطوة الأولى في علاج اضطرابات استخدام العقاقير. وهناك دليل يشير إلى أن العلاج السلوكي المعرفي يعد فعالاً للاعتماد على الكوكايين. أما المقابلات التحفيزية فقد أظهرت نتائج واعدة بالنسبة لعلاج اضطرابات استخدام الكحول والعقاقير الأخرى. أما بيوت الإقامة العلاجية، فلم يتم تقييم فاعليتها بشكل كاف بالرغم من أنها تعد شكلا شائعا من العلاج.

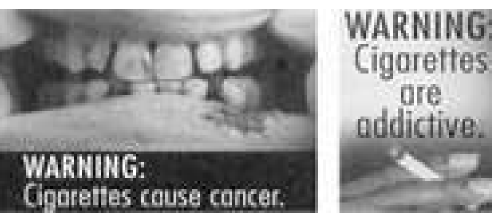
ويعد استخدام بدائل الهيروين مثل الميثادون أو النالوكسون علاجاً فعالاً لاضطراب استخدام الهيروين. ولا يمكن تقديم الميثادون إلا في العيادات الخاصة، وهناك وصمة مرتبطة بهذا النوع من العلاج. كما تم حديثا قبول وصفة عقار يطلق عليه

"البوبرينورفين"، يمكن اصطحابه وأخذه في المنزل، إلا أن علاج الاعتماد على الميثامفيتامين يظل تحديا كبيراً.

الوقاية من اضطرابات تعاطى المواد Prevention of Substance Use Disorders:

وقد كانت الكثير من جهود الوقاية موجهة نحو المراهقين لأن اضطرابات استخدام المواد في مرحلة البلوغ غالباً ما تأتي في أعقاب تجربة في سنوات المراهقة أو ما قبلها. وقد كانت البرامج، التي غالباً ما يتم إجراؤها في المدارس، موجهة نحو زيادة شعور الصغار وتقديرهم لأنفسهم self-esteem، وتعلمهم المهارات الاجتماعية، وتشجيعهم على أن يقولوا "لا" لضغوط البيرة. إلا أن النتائج تبدو مختلطة Hansen, 1993; Jansen, Glynn, & Howard, 1996 . ولم يثبت أن تحسين تقدير الذات له فاعلية، على العكس، فإن التدريب على المهارات الاجتماعية والمقاومة تعلم قول لا قد أظهرت بعض النتائج الإيجابية خصوصا مع الفتيات. البرنامج الأكثر دعاية هو مشروع "تعلم مقاومة سوء استخدام العقار" Drug Abuse Resistance Education DARE ، والذي يجمع بين التعليم الفعال والتدريب على المقاومة، وتم إرساله من قبل ضباط الشرطة إلى الفصول الخامس والسادس، وجاءت النتائج مخيبة للآمال Clayton, Catterello, & Walden, 1991; Ringwalt, Ennett, & Holt, 1991 .

فحوالي نصف المدخنين البالغين يبدأون عادة التدخين قبل بلوغهم سن الخامسة عشرة، وجميعهم تقريباً يبدأون التدخين قبل سن التاسعة عشرة USDHHS, 1998 . ومن ثم فإن ابتكار وسائل وطرق لعدم تشجيع الأفراد صغار السن على تجربة التبغ، قد أصبح يمثل قمة أولويات الباحثين في مجال الصحة والسياسيين، وبتشجيع من مكتب الجراحة العامة في أمريكا، وتمويل من المعهد القومي للسرطان، وهو أحد المعاهد الوطنية للصحة. وتعد مؤسسة التراث الأمريكية منظمة تهدف إلى منع التدخين بين صغار السن، وقد تم تمويل هذه المنظمة جزئياً عن طريق التسوية التي أعقبت هذه الدعوى القضائية الجماعية ضد شركات التبغ في عام 1999.



أمثلة للتحذيرات الصحية الجديدة على علب السجائر التي تم اقترحها من خلال إدارة الغذاء والدواء

والقياسات التي تبشر بإقناع الشباب على مقاومة التدخين قد تكون مفيدة أيضا في محاولة إثنائهم عن تجريب العقاقير غير المشروعة والكحول. وقد أظهرت التدخلات الأسرية المختصرة نتائج واعدة. ففي ولاية أيوا، وجد أن كلا من برنامج ولاية أيوا لتقوية الأسر Program the Iowa Strengthening Families وبرنامج سنوات خالية من العقاقير the Drug Free Years Programe الذي استمر لمدة خمس سنوات، قادر على إحباط ظهور استخدام النيكوتين والكحول بين المراهقين Spoth, Redmond, Shin, et al., 2004 . فبالنسبة للمراهقين، يكون للعلاجات الأسرية آثار وقائية. حيث أظهرت الأبحاث أن اثنين من التدخلات الأسرية المختصرة ارتبطت مع تأخر بدء استخدام الكحول بين المراهقين Spoth, Guyll, & Day, 2002 . وتشير أدلة أخرى إلى أن الاستخدام الطويل للكحول يعد تأخرا، وانخفاض احتمالية حدوث تطور للاعتماد على الكحول Grant & Dawson, 1997 . مما يشير إلى أن التدخلات الوقائية يمكن أن تؤدي دورا كبيرا في الحفاظ على انخفاض معدل انتشار الاعتماد على الكحول.

وهناك برامج شاملة في جميع أنحاء الدولة تهدف إلى مكافحة التبغ، هذه البرامج تشمل زيادة الضرائب على السجائر، وحظر الإعلانات التجارية عن التبغ، وعمل حملات للتوعية العامة، وخلق بيئات خالية من التدخين، ومن الواضح أن هذه البرامج تمثل استراتيجية فعالة لتقليل التدخين بين المراهقين Wakefield & Chaloupka, 2000 . وفي عام 2012، اقترحت إدارة الغذاء والدواء والعقاقير تحذيرات صحية جديدة ضد علب السجائر، وذلك بوضع صور للتأثيرات المرضية للتدخين على الصحة، بالرغم من أن الدعاوى القضائية مازالت جارية. بالإضافة إلى ذلك، فقد شهدت الأعوام الأخيرة ظهور أعداد كبيرة من البرامج المدرسية التي تهدف إلى مكافحة التدخين ومنع صغار السن من البدء في استخدام التبغ، وعموماً فإن هذه البرامج تشترك في بعض العناصر والمكونات العامة، التي اتضح أنها ليست كلها فعالة Evans, 2001; Hansen, 1992; Sussman, 1996 وهي:

- التدريب على مقاومة ضغط الأقران: حيث يتلقى الطلبة تعليماً حول طبيعة ضغط الأقران وطرق قول كلمة لا. وعموماً فإن الدراسات تشير إلى أن البرامج التي تعتمد على التدريب على مقاومة ضغط الرفيق أو ضغط الأقران، هي برامج فعالة في تقليل بدء استخدام التبغ ومستواه، وكذلك استخدام المواد غير المشروعة بين صغار السن Tobler, Roone, Ochshorn, et al., 2000 .
- تصحيح المعتقدات والتوقعات: حيث يعتقد الكثير من المراهقين أن تدخين السجائر أكثر انتشارا مما هو على أرض الواقع. وقد اتضح أن تغيير المعتقدات حول انتشار التدخين هو استراتيجية فعالة، وربما يرجع ذلك إلى إحساس المراهقين تجاه ما يفعله

الآخرون في مثل سنهم ويعتقدونه، وتعد عملية إثبات أن تدخين السجائر لا يعد سلوكاً نموذجياً وكذلك شرب الكحول واستخدام الماريجوانا يبدو أنها أكثر فاعلية من التدريب على المقاومة Hansen & Graham, 1991 .

- التحصين ضد الرسائل التي تبثها وسائل الإعلام: حيث تواجه بعض برامج الوقاية الصور الإيجابية للمدخنين التي تم بثها من خلال وسائل الإعلام على سبيل المثال إعلانات camel سالفة الذكر . حيث إن الحملات الإعلامية المتطورة التي تبثها وسائل الإعلام مثلها مثل الحملات الإعلامية التي جعلت التبغ منتجا استهلاكيا مفيدا، يمكن أن تنجح في إعاقة ومنع التدخين، فمثلاً حملة "الحقيقة" Truth التي أطلقتها مؤسسة التراث الأمريكي، من خلال تطوير مواقع على شبكة الإنترنت www.thetruth.com.adn and www fairenaough.com. . وبث إعلانات في الراديو والتليفزيون تحذر الشباب من العواقب الصحية والاجتماعية التي تترتب على التدخين، وكشف الطرق التي تستهدف من خلالها صناعة التبغ، ولذلك فإنهم في وسعهم أن يقوموا باتخاذ خيارات واعية حول ما إذا كانوا يتجهون للتدخين أم لا. وقد لقيت هذه الحملة استقبالاً حسناً بين الشباب، كما توصلت دراسة حديثة إلى أن الوعي والموافقة، مع الرسائل التي تبثها حملة "الحقيقة"، قد صاحبها انخفاض في معدلات التدخين بين المراهقين Niederdeppe, Farrelly, & Haviland, 2004 . وتعد هذه النتائج مشجعة خصوصا وأننا نعلم أن استهداف المراهقين لتسويق التبغ يرتبط بقوة نحو ما إذا سيدخنون أم لا Unger, Boley, Cruz, Schuster, et al., 2001 .
- قيادة النظراء: تتضمن معظم برامج مكافحة التدخين أو المواد الأخرى نظائر للحالة أو الوضع المتعارف عليه، وهو ما يزيد قوة تأثير الرسائل التي يتم بثها.

الملخص :

الوصفات الإكلينيكية:

- يشتمل الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطراب النفسية الخامس على اضطراب تعاطى المواد بدلاً من الفئات المنفصلة لسوء استخدام المواد والاعتماد عليها. وهناك عدد من الأعراض التي تحدد شدة الاضطراب.
- للكحول آثار خطيرة طويلة وقصيرة المدى على الأفراد، تتفاوت من ضعف الحكم وخلل التناسق الحركي إلى المشكلات الصحية المزمنة.
- يمكن أن يصبح الأفراد معتمدين على النيكوتين في أغلب الأحيان عن طريق تدخين السجائر، وبالرغم من التحذيرات التي تصدرها مكاتب الصحة العامة، إلا أنه مازال يستخدم، وهناك مشكلات طبية مصاحبة لتدخين السجائر على المدى البعيد منها عدة أنواع من السرطان، وانتفاخ الرئة، ومرض الأوعية الدموية، علاوة على ذلك

فالأخطار الصحية للتدخين ليست قاصرة على أولئك الذين يدخنون، بل إن الأخطار الصحية على المحيطين بهم، لأن الدخان السلبي البيئي يمكن أن يتسبب في أضرار بالرئة ومشاكل أخرى.

- عندما تستخدم الماريجوانا بشكل منتظم، فإن من شأنها أن تسبب أضرارا في الرئتين وجهاز الأوعية الدموية، وتؤدي إلى جوانب ضعف معرفية، وقد تؤثر مكونات الماريجوانا أيضا بشكل عكسى على أداء القلب لدى الأفراد الذين يعانون بالفعل مشكلات مزمنة، كما تؤثر على أداء الرئتين، علاوة على ذلك فإنه قد يظهر الاعتماد على الماريجوانا. إلا أنه قد وجد أن لها تأثيرات علاجية، حيث إنها تخفف من حالة الغثيان لدى مرضى السرطان الذي يخضعون للعلاج الكيماوي، كما أنها تلطف من حالة القلق المصاحبة للإيدز.
- تعمل الأفيونيات على تهدئة أنشطة الجسم، إذا تم تناولها بجرعات معتدلة، فإنها تستخدم لتسكين الألم واستجلاب النوم، وقد كان الهيروين هو بؤرة الاهتمام لأن استخدامه في تزايد مستمر، كما توافرت منه تشكيلات وأنواع مختلفة.
- أما المنشطات التي تشمل الأمفيتامينات والكوكايين، فإنها تؤثر على المخ والجهاز العصبي السيمبثاوي، لأنها تزيد من حالة اليقظة والنشاط الحركي، ويعتبر التحمل والانسحاب مصاحباً لكل هذه المواد، أما سوء استخدام الميثامفيتامين، وهو أحد مشتقات الأمفيتامينات، فقد ازداد بصورة مثيرة منذ التسعينيات.
- وتقوم عقاقير المهلوسات - ومنها LSD، وعقار الميسكالين، وعقار السيلوسيبين - بتغير أو انبساط الوعي، أو التوسع فى الوعي، وقد زاد استخدام العقار الالكستاسي بشكل مثير، كما أنه يمثل أيضاً تهديداً علي الصحة، وغالباً ما يؤدي استخدام عقار PCP إلي العنف.

الأسباب :

- هناك عوامل عديدة ترتبط بأسباب اضطرابات استخدام المواد. فالعوامل العصبية البيولوجية، وأبرزها النزعة الوراثية، ومسارات المكافأة في المخ تؤدي دورًا في استخدام بعض المواد. فالاختلافات الاجتماعية الثقافية مثل المواقف تجاه المواد، وضغط الأقران، وكيفية تصوير وسائل الإعلام للمادة، كل هذه تعد مرتبطة بمدى استخدام المادة. وهناك العديد من المواد يتم استخدامها لتغيير الحالة المزاجية كتقليل التوتر أو زيادة العاطفة والشعور الوجداني الإيجابي . ويعد الأفراد الذين يتسمون ببعض السمات والخصائص الشخصية - كأولئك الذين يعانون ارتفاع نسبة الشعور الانفعال السلبي - معرضين بشكل خاص لاستخدام المواد. وتؤدى المتغيرات المعرفية إلى توقع أن المادة سيكون لها تأثيرات إيجابية.

العلاج

- تم استخدام طرق علاجية من كافة الأنواع لمساعدة الأفراد علي الشفاء من استخدام كل من العقاقير علي سبيل المثال الكحول والنيكوتين والمواد غير المشروعة مثل الهيروين والكوكايين . وتم تجريب الطرق البيولوجية في العلاج لتخليص المستخدمين من اعتمادهم، وذلك في الغالب يكون عن طريق الاستبدال بمادة أخري، وقد لوحظ وجود بعض الفوائد بالنسبة لأنواع العلاج التي تستخدم عقاقير مثل الميثادون أو النالوكسون. وقد لقى استبدال النيكوتين بالعلك، أو الرقعات، أو أجهزة الاستنشاق نجاحاً في تقليل تدخين السجائر. بالرغم من ذلك فإن أياً من هذه الأنواع العلاجية أو الطرق العلاجية لا يبدو أنه يؤدي إلى إحداث تغيير إذا لم يتم دمجه مع طرق علاجية نفسية تهدف مثلاً إلي مساعدة المرضى علي مقاومة الضغوط التي تدفعهم للانغماس، والتعايش مع ضغوط الحياة العادية، والتحكم في الانفعالات دون الاعتماد علي المواد الكيماوية، والاستفادة من وسائل المساندة الاجتماعية كما في مجموعة الكحوليين المجهولين.
- ونظراً لأن البدء في استخدام المواد أسهل بكثير من التوقف عن تعاطيها، فقد تم بذل جهود كبيرة في الأعوام الأخيرة من أجل الوقاية من سوء استخدام المواد، وذلك عن طريق تنفيذ برامج تعليمية واجتماعية لإعداد صغار السن لتطوير حياتهم بدون الاعتماد علي المواد.

11

الفصل الحادي عشر
اضطرابات الأكل

الفصل الحادى عشر
اضطرابات الأكل

ترجمة

د/ نادية عبد اللـه حمدان

الأهداف التعليمية ... أن تكون قادرًا على:

1- التمييز بين الأعراض المرتبطة بمرض فقد الشهية العصبي "anorexia"، والشراهة أو النهم العصبي "bulimia"، واضطراب الشراهة في الأكل"binge eating"، وكذلك التمييز بين اضطرابات الأكل المختلفة.

2- وصف العوامل العضوية العصبية، والعوامل الثقافية الاجتماعية، وكذا العوامل النفسية المسببة لاضطرابات الأكل.

3- مناقشة القضايا المرتبطة بوباء السمنة المفرطة المتزايد في الولايات المتحدة.

4 - وصف طرق علاج اضطرابات الأكل، وكذلك أدلة كفاءة تلك الطرق.

الحالة الإكلينيكية "لين" Lynne

"لين" امرأة قوقازية تبلغ من العمر 24 عاما، تم إيداعها قسم الأمراض النفسية بأحد المستشفيات العامة، بهدف العلاج من مرض فقدان الشهية العصبي "anorexia nervosa"، وبالرغم من أنها لا تشعر بحالتها المرضية إلا أن والديها قاما باستشارة طبيب نفسي وقاموا بمواجهتها باختيار الدخول للمستشفي بإرادتها أو إجبارها علي ذلك. وفي الوقت الذي بلغ فيه طول لين 5 أقدام و5 بوصة 1.6 م ، ووزنها 78 باوندات 35 كجم ، لم تأت لها الدورة الشهرة لمدة 3 سنوات، وتعاني العديد من المشكلات الصحية الأخرى كانخفاض ضغط الدم، وعدم انتظام ضربات القلب، وانخفاض شديد في نسبة عنصري البوتاسيوم والكالسيوم.

وكانت "لين" قد عانت حالات انخفاض شديد بالوزن بداية من سن 18، حينما غادرت المنزل للدراسة بالجامعة، ولكن لم تتعرض لحالة بتلك الشدة. كما أنها لم تبحث من قبل عن العلاج، فقد كان لديها خوف شديد من أن تصبح بدينة. وبالرغم من أنها لم تعان أبدا زيادة الوزن إلا أنها كانت تعتقد أن منطقتي الأرداف والبطن لديها كبيرتان جدا. وقد استمر ذلك الاعتقاد حتى حينما صار وزنها 78 باوندات 35 كجم . وخلال الفترة التي انخفض فيها وزنها قامت بتقليل كمية الغذاء التي تتناوله بشدة، واستخدمت المليينات بكثرة. كما أنها كانت تنتابها من حين لآخر حالات تأكل فيها بنهم ثم تتقيأ بإرادتها حتى لا تزيد في الوزن.

يعد الغذاء محور اهتمام العديد من الثقافات والمجتمعات. ففـي الولايـات المتحـدة تنـتشر المطاعم والمجلات، وكذلك الـبرامج التليفزيونيـة المتخصصـة في إعـداد الطعـام. وفي ذات الوقـت هناك الكثيرون ممن يعانون زيادة الوزن. وهذا أدي لانتشار استخدام الأنظمة الغذائية من أجل إنقاص الوزن. فقد أدت رغبة الكثيرين وخاصة النساء في إنقاص أوزانهن إلي ظهور تجارة ببلايـين الدولارات. ومن خلال هذا الاهتمام الشديد بالطعام والأكل، فإنه ليس من المـدهش أن يتعـرض هذا السلوك الإنساني للخلل والاضطرابات.

وبالرغم من أن الوصف السريري لاضطرابات الأكل يرجـع إلي سـنوات عـدة خاصـة مـرض فقـدان الشـهية العصـبي "anorexia"، إلا أن هـذه الاضـطرابات ظهـرت في الـدليل التشـخيصي الإحصائي للاضـطرابات النفسـية DSM لأول مـرة في 1980 كاضـطرابات فرعيـة في الطفولـة أو المراهقة. وبنشر الدليل التشخيصي والإحصـائي الرابـع المعـدل مـن قِبَـل جمعيـة الطـب الـنفسي الأمريكية، فـإن اضـطرابات الأكـل Eating disorders أصـبحت في مجموعـة بـارزة حيـث إنهـا جذبت انتبـاه المعـالجين والبـاحثين عـلي مـدي العقـود الثلاثـة الماضـية. وفي الـدليل التشـخيصي والإحصائي الخامس سمي هذا الفصل بــ "اضـطرابات الأكـل والتغذيـة" Feeding and Eating Disorders الذي يشمل اضطرابات الطفولة مثل اضطراب "أكل التراب" أو بيكا pica disorder وهي أكل مواد غـير غذائيـة لفـترات ممتـدة ، واضـطراب "الاجـترار" rumination disorder - وهي الارتجاع المتكرر للمواد الغذائية .

ولسوء الطالع، تعد اضطرابات الأكل من الاضطرابات التي تصف مرضها بالوصـمة. ففـي إحدى الدراسـات، حيـث طلـب مـن طـلاب الجامعـة وضـع وصـف تحلـيلي للسـيدات ذوات اضطرابات مختلفة، ثم تخيل نسبة لهذه الصفات طبقًا لعدد من الأبعاد Wingfield et al., 2011 . فقد وجد أن المشاركين وصفوا السيدات المصابات باضطرابات الأكل بـأنهن محطـمات الذات ومسئولات عن هذه الاضطرابات. كـما يعتقـد الـذكور في هـذه الدراسـة أن اضـطرابات الأكل يمكن التغلب عليها بسهولة. وفي دراسة أخرى Roehrig & Mclean, 2010 ، تم توزيع المشاركين بشكل عشوائي لقراءة خيالية عن سيدات إما مصابات باضطراب الأكل أو بالاكتئاب. ووجد أن المشاركين قد تخيلوا السيدات المصابات باضطرابات الأكل بأنهن أكـثر مسـئولية عـن اضطرابهن، وأكثر هشاشة في مواجهة الحياة، وأكثر احتمالا لتركيز انتباه الآخـرين عـلى حـالتهن مقارنة بالمشاركين الذين قرأوا عن السيدات المصابات بالاكتئاب.هذه الأنمـاط مـن الاتجاهـات والمعتقدات لم تتفق تمامًا مع الأبحاث الراهنة حول اضطرابات الأكل.

الأوصاف الإكلينيكية لاضطرابات الأكل:

نبدأ بوصف فقد الشهية العصـبي "Anorexia"، والشره أو الـنهم العصـبي "Bulimia" حيـث إنهـما يشـتركان في العديـد مـن السـمات، ثـم نقـوم بعـد ذلـك بمناقشـة اضـطراب الشراهـة

عند تناول الطعام "Binge eating disorder"، حيث أصبح الآن فئة تشخيصية في الدليل الخامس. ويوضح جدول 11-1 التغييرات المفتاحية في فئات الدليل التشخيصي الخامس DSM-5.

فقدان الشهية العصبي Anorexia nervosa:

كانت "لين" التي سبق التحدث عنها تعاني مرض فقدان الشهية العصبي " anorexia nervosa". فمصطلح "iaanorex"يشير إلى فقدان الشهية، أما "nervosa" فيشير إلي أنه يرتبط بالحالة النفسية العصبية. ولكن هذه تسمية مضللة لحد ما، إذ إنه في واقع الأمر معظم من يعانون هذا المرض لا يفقدون شهيتهم أو اهتمامهم بالطعام. بل علي العكس أثناء تعريض أنفسهم لنوبات الجوع الشديد يكونون مشغولين بالتفكير في الطعام، بل ربما يداومون علي قراءة كتب الطهي وإعداد الوجبات الشهية لعائلاتهم.



بالرغم من كونها نحيفة، إلا أن ذوي اضطراب فقدان الشهية يعتقدون بأن أجزاء من أجسادهم ممتلئة جدًا، ويهدرون الكثير من الوقت في فحص أنفسهم أمام المرآة.

وتتوافر لدي "لين" السمات الأربع اللازمة لتشخيص هذا الاضطراب، وهي:

1- السلوكيات المقيدة التي تعزز الوزن الصحي Restriction of behaviors that promote healthy weight. فغالبا ما يكون وزن المريض أقل من المعايير الطبيعية مثل مؤشر كتلة الجسم body mass index BMI - انظر جدول 11-3 أقل من 18.5 للراشدين المتفقة مع أقرانه من نفس العمر والطول. ويكون انخفاض الوزن نتيجة قلة تناول الطعام، إلا أن القيء المتعمد، والإفراط في تناول المسهلات ومدرات البول، له أيضًا أثر في ذلك.

2- الخوف الحاد من زيادة الوزن أو السمنة Intense fear of gaining weight and being fat: وهذا الخوف يستمر حتي مع الانخفاض الشديد في الوزن.

3- تشوه صورة الجسم أو الإحساس بشكل الجسم Distorted body image or sense of body shape: الصورة المشوهة عن شكل الجسم حتى في مرحلة النحافة الشديدة، فإن المرضي يؤمنون تمامًا بأنهم يعانون زيادة الوزن أو زيادة حجم بعض المناطق كالبطن والفخذين والأرداف، ولذلك فهم غالبًا مايقومون بوزن أنفسهم

بصورة متكررة والتحديق المستمر بالمرآة لتحديد حجم أجسامهم. ويرتبط تقدير الذات لأنفسهم بالحفاظ على النحافة.

وقبل الدليل التشخيصي الخامس، كان "انقطاع الحيض" amenorrhea فئة تشخيصية لاضطراب فقدان الشهية العصبي. ولكن تم حذفه، وذلك لأن الدليل الخامس طرح أسبابا متعددة تفسر توقف فترات الحيض لدى النساء، ولا ترجع إلى أي فعل مرتبط بفقدان الوزن. بالإضافة إلى أن هناك فروقا طفيفة بين السيدات اللاتى يعانين انقطاع الطمث amenorrhea مع الملامح الرئيسة الثلاثة لفقدان الشهية والسيدات اللاتى لديهن هذه الملامح الثلاثة بدون انقطاع الطمث Attia & Roberto, 2009; Grafinkel et al., 1996 . ويظهر تلخيص هذه المعايير التشخيصية لفقدان الشهية في الهامش.

جدول 11-1 تشخيصات اضطرابات الأكل

التشخيصات طبقًا للدليل الخامس DSM-5	التغيرات المفتاحية
فقدان الشهية العصبي	- السلوكيات المقيدة للطعام التي تؤدي إلى انخفاض الوزن بشكل كبير أكثر من مجرد "رفض الحفاظ على الوزن" كمعيار. - التركيز على انخفاض الوزن أكثر من الوزن الطبيعي. - فقدان فترة الحيض لم تعد مطلوبة للتشخيص. - استمرار بعض الأعراض الفرعية فترة لا تقل عن ثلاثة شهور.
النهم العصبي	تكرار نوبة النهم/ التطهير أسبوعًا بدلا من أسبوعين، ولمدة ثلاثة شهور على الأقل
اضطراب شراهة الأكل	فئة تشخيصية جديدة في الدليل الخامس

المعايير التشخيصية لفقدان الشهية العصبي طبقًا للدليل الخامس DSM-5
- السلوكيات المقيدة للطعام التي تؤدي إلى انخفاض الوزن بشكل كبير؛ ويصبح الوزن أقل بشكل جوهري من المعايير الطبيعية.
- الخوف الشديد من زيادة الوزن.
- تشوه صورة الجسم.

وقد تم تقييم تشوه صورة الجسم المصاحب لفقدان الشهية العصبي بعدة طرق، أكثرها شيوعًا من خلال استخدام مقياس مثل قائمة اضطرابات الأكل Eating Disorders Inventory Garner, Olmsted, & Polivy, 1983 . وتظهر بعض البنود الخاصة بهذه القائمة في جدول 11-2 .

وفي طريقة أخـري للتقيـيم يـتم تقـديم رسـوم تخطيطيـة لنسـاء مختلفـات الـوزن، ويطلب من المفحوصات اختيار الرسم ذى الهيئة الأقـرب لهيئـتهن، وكـذلك اختيـار الرسـم ذى الهيئة المثالية انظر شكل 11-1 . وغالبًا ما تبالغ المفحوصـات حـين اختيـارهن الشـكل الأقرب لهن، كما أنهن يخترن شكلا نحيفًا لاعتباره يمثل الهيئة المثالية. وبالرغم مـن الفكـرة الخاطئة عن أحجام أجسامهن، فإن مـرضي فقـدان الشـهية العصـبي يتميـزن بالدقـة فـيما يتعلق بالوزن McCabe et al., 2001 ربما لأنهن يزن أنفسهن بصورة متكررة.

ووجدت إحدى الدراسات المثيرة فروقا طفيفة بالنسبة للذكور ممـن يعـانون اضـطرابات الأكل. فلم توجد فروق بين الذكور ذوي اضطرابات الأكل والذكور ممن لا يعـانون اضـطرابات الأكل عند تحديد نمط أجسام الذكور المثالي. وبـالرغم مـن ذلـك، فـإن الـذكور الـذين يعـانون اضطرابات الأكل يبالغون في تقدير حجم أجسامهم إلى حد كبير، مـما يـؤدي إلى تشـويه صـور أجسامهم Mangweth et al., 2004 .

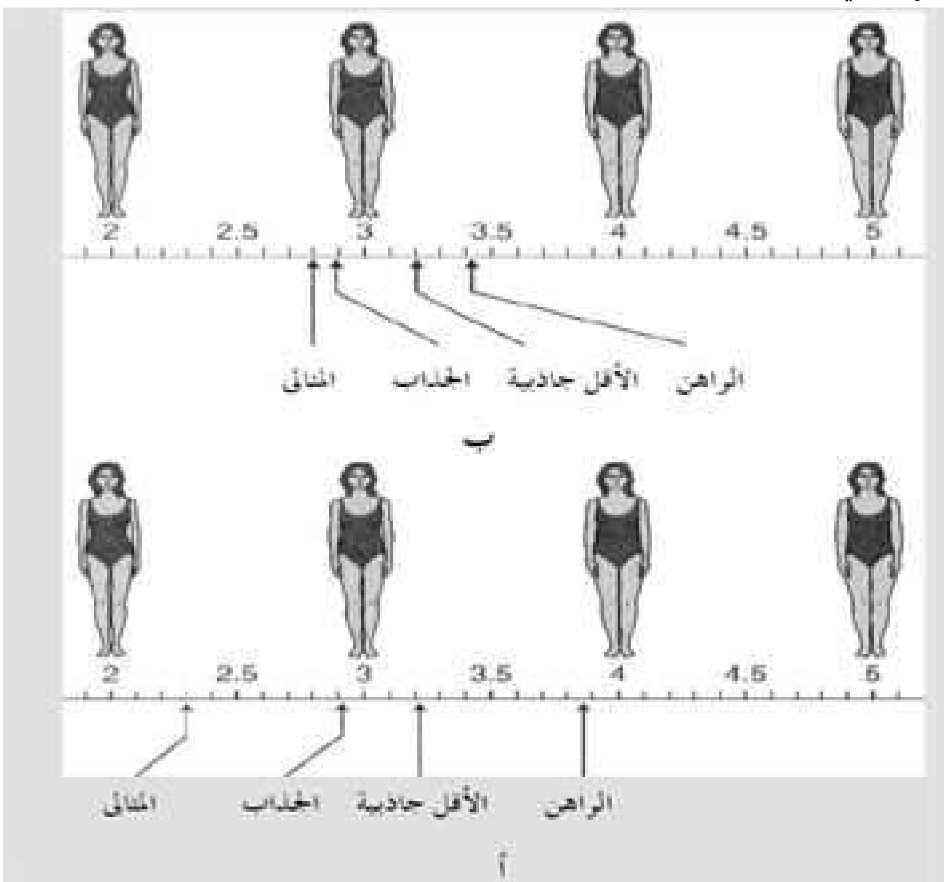
ويميز الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الخـامس DSM-5 بـين نمطـين من اضطراب فقدان الشهية العصبي، بالرغم من أن الأبحـاث الحديثـة تـدعو إلى سـؤال حـول صدق هذه الأنماط. ففي "نمط التقييد" restrictive type يـنخفض الـوزن مـن خـلال التقييـد الشديد علي تناول الطعام؛ أما نمط شره الأكل/ التطهير binge eating-purging - كما هـو في حالة "لين" - يأكل الفرد بشراهة ثم يتعمد التخلص من الطعـام بـالقيء أو الملينـات. وأشـارت الأبحاث الأولية إلي بعض الاختلافات بين هذين النمطين، والتي تـدعم صـدق التمييـز بيـنهما. فأشارت الدراسـات عـلي سـبيل المثـال إلى أن الأفـراد الـذين يعـانون الـنمط الثـاني نمـط شره الأكل/التطهير يكونون أكثر اضطرابًا للشخصية، وسلوكًا منـدفعًا، والقيـام بالسرقـة، واسـتخدام المواد، والانسحاب الاجتماعي، وكذلك محاولات الانتحـار بصـورة أكـثر مـما لـدى ذوي الـنمط التقييـدى لفقـدان الشـهية e.g., Herzog et al., 2000; Pryor, Wiederman, & McGilley, 1996 . وبالرغم من ذلك فإن البحوث الطولية تشير إلي عدم جدوى التمييـز بـين نمطين من فقـدان الشـهية العصـبي Eddy et al., 2002 فتقريبـا ثلثـا النسـاء الـلاتي أظهـرن المعاناة من نمط التقييد "نمط التقييد لفقدان الشهية العصبي" تحولن إلى الـنمط الآخـر نمـط شره الأكل/ التطهير بعد نحو 8 سنوات. علاوة على ذلك، وجدت هذه الدراسة فروقـا طفيفـة في سوء استخدام المـواد أو اضـطرابات الشخصـية بـين نمطـي فقـدان الشـهية العصـبي. وعنـد استعراض التراث لإعداد الدليل الخـامس توصـل البـاحثون إلى أن الأنمـاط الفرعيـة للتشـخيص لديها قصور في الصدق التنبؤى، وإلا كان قد استخدمها المعالجون Peat et al., 2009 .

جدول 11-2 المقاييس الفرعية والبنود التوضيحية من قائمة اضطرابات الأكل

الدافع للنحافة	أفكر في اتباع نظام غذائي
	أشعر بالذنب الشديد بعد تناول كمية كبيرة من الطعام
	أفكر دائما وأشعر بالرغبة في أن أكون أكثر نحافة
النهم العصبي	انني أحشو معدتي بالطعام
	هناك حالات تناولت فيها الغذاء بشراهة لدرجة أنني فقدت القدرة علي التوقف عن الأكل
عدم الرضا عن الجسم	أعتفد أن منطقة الفخذين لدي كبيرة جدا
	أعتقد أن منطقة الأرداف لدي كبيرة جدا
	أعتقد أن مؤخرتي كبيرتان جدا
عدم الكفاءة	أشعر أنني غير كفء
	لدَيَّ رأي سيىء عن نفسي
	أشعر بالفراغ الداخلي عاطفيًا
الكمالية	الأداء البارزهو فقط المقبول بين العائلة
	وأنا طفل حاولت بجد ألا أخيب أمل والديَّ ومدرسيَّ فيَّ
	أكره أن أكون أقل من الأفضل
عدم الثقة بالنفس	لدي مشكلة في التعبير عن مشاعري للآخرين
	أحتاج وجود مسافة بيني وبين الآخرين أشعر بعض الارتياح اذا اقترب مني الأفراد جدا
الوعي بالحالة الداخلية	أشعر بالتشويش حيال ما تعتريني من مشاعر
	لا أدري ما الذي يحدث بداخلي
	أشعر بالتشويش حيال ما إذا كنت غاضبًا أم لا
مخاوف من النضوج	أتمني أن أعود إلي أمان الطفولة
	أعتقد أن الأفراد أسعد في طفولتهم
	متطلبات مرحلة الرشد كثيرة جدًا

وعادة ما يبدأ فقدان الشهية العصبي مع بداية أو وسط سنوات المراهقة، وغالبا ما يكون بعد اتباع نظام غذائي أو التعرض لمشقة من ضغوط الحياة. واحتمالية استمرار معاناة الفرد لفقدان الشهية العصبي مدي حياته هو أقل من 1%، أما نسبته في النساء فتبلغ 10 أضعاف مثيلتها في الرجال Hoek & van Hoeken, 2003 . وحينما يصاب الرجال بهذا الاضطراب فإنه تظهر لديهم نفس الأعراض والخصائص الأخرى مثل المشكلات

العائلية، التي تظهر لدي النساء اللاتي يعانين نفس الاضطراب Olivardia et al., 1995 . وكما سيأتي لاحقًا فإن اختلاف نسبة وجود فقدان الشهية العصبي بين الرجال والنساء تعكس تأكيد ثقافة المجتمع علي مقاييس الجمال لدي النساء؛ حيث مالت تلك الثقافة في العقود الأخيرة إلى تفضيل المرأة النحيفة.

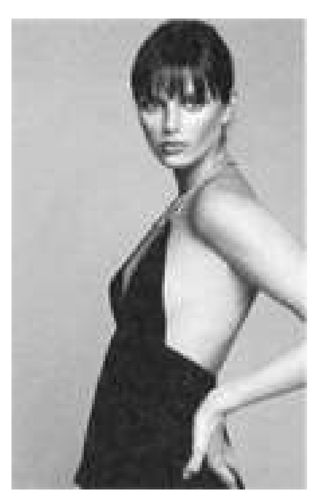


شكل 11-1 في هذا التقييم لصورة الجسم، تشير الاستجابات إلى صورة جسمهم الراهنة، ولشكلهم المثالي، وللشكل الذي يعتقدون أنه أكثر جاذبية مع اختلاف النوع. الرقم يعطي تقييما واقعيًا للجسم الأكثر جاذبية من قبل أفراد من الجنس الآخر كما هو مبين في كلا الفريقين. معدلات السيدات التي سجلت ارتفاعاً على مقياس الاتجاهات المشوهة تجاه الأكل تظهر في الفقرة أ ؛ وتظهر تقديرات المرأة التي سجلت انخفاضا في الفقرة ب .

وغالبا ما تعاني النساء المصابات بهذا الاضطراب الاكتئاب، والوسواس القهري، والرهاب، واضطراب الهلع، واضطراب سوء استخدام المواد، والعديد من اضطرابات الشخصية Baker et al., 2010; Godart et al., 2000; Ivarsson et al., 2000; Root et al., 2010 . والذكور ممن يعانون اضطراب فقدان الشهية العصبي أكثر احتمالاً

لظهور أعراض اضطراب المزاج، والفصام، واضطراب سوء استخدام المواد Striegel-Moore et al., 1999 . وترتفع معدلات الانتحار بين الأفراد ذوي فقدان الشهية؛ حيث تصل إلى 5% للانتحار الكامل، و20% لمحاولات الانتحار Franko & Keel, 2006 .

العواقب الجسمية المصاحبة لفقدان الشهية العصبي Physical Consequences of Anorexia Nervosa: التجويع الذاتي واستخدام الملينات لها تأثيرات جسمية غير مرغوبة كانخفاض ضغط الدم، وبطء ضربات القلب، وظهور مشكلات بالكلي والأمعاء، وانخفاض الكثافة العظمية، وجفاف الجلد، وهشاشة الأظفار، واختلال الهرمونات، وقد تحدث أنيميا. وبعض الأفراد يتساقط لديهم شعر فروة الرأس، وقد يصبح شعر الجسم زغبياً ذا لون أفتح وأقل سمكًا. وكما هو في حالة "لين" تنخفض نسبتا البوتاسيوم والصوديوم بالجسم، وهذه الأملاح الموجودة بسوائل الجسم مهمة في نقل السيالات العصبية. وبهذا فإن انخفاض نسبتها قد تؤدي للشعور بالإعياء والوهن واضطراب ضربات القلب وحتى الموت المفاجئ.



يهدد فقدان الشهية العصبي الحياة، وينتشر خاصة بين الشابات اللاتي هن تحت ضغط شديد للحفاظ على انخفاض وزنهن. توفيت عارضة الأزياء البرازيلية "آنا كارولينا ريستون" من هذا الاضطراب في عام 2006 في سن 21.

المآل المتوقع Prognosis: ما بين 50% و70% من مرضي فقدان الشهية العصبي يتماثلون للشفاء. تستغرق هذه المرحلة من 6 الي 7 سنوات. وقد تحدث انتكاسات قبل الوصول الي نمط ثابت للغذاء والحفاظ علي وزن مناسب للجسم Strober, Freeman, & Morrell, 1997 . وكما سيأتي فإن تعديل الصورة المشوهة لهؤلاء الأفراد عن أنفسهم يعد أمرًا صعبًا خاصةً في المجتمعات التي تفضل النحافة.

ويهدد فقد الشهية العصبي حياة الإنسان حيث ترتفع معدلات وفيات المصابين به إلى 10 أضعاف معدل الوفيات العادية، كما أنها تبلغ ضعف الوفيات الناتجة عن الاضطرابات النفسية الأخرى. وتصل معدل الوفاة بين السيدات ذوات اضطراب فقدان الشهية العصبي ما بين 3% إلى 5% Crow et al., 2009; Keel & Brown, 2010 . وغالبا ما تكون الوفاة بسبب المضاعفات الجسدية كاحتقان عضلة القلب أو بسبب الانتحار Herzog et al., 2000; Sullivan, 1995 .

الحالة الإكلينيكية "جيل" Jill:

"جيل" هي ثاني ابنة لوالديها بعد أخيها. وبدأت هي وأخوها في ممارسة الرياضة بشكل مكثف منذ نعومة أظفارهما. فكانت تمارس رياضة الجمباز التي تفوقت فيها منذ سن الرابعة، بينما كان أخوها يلعب كرة السلة. وحين بلوغها التاسعة من عمرها شعرت أمها بأن قدرات الفتاة الرياضية تفوق قدرات مدربها المحلي، فقررت أن تذهب بها إلي مدرب دولي عدة مرات بالأسبوع. وعلي مدي السنوات التالية حصدت جيل العديد من الميداليات وكبر طموحها في الانضمام للمنتخب الأوليمبي. ومع مرورها بمرحلة البلوغ بدأ وزنها في الزيادة مما دعاها للقلق علي مستقبلها الرياضي، فبدأت في حرمان نفسها من الطعام ولكنها وجدت بعد أيام أنها تفقد التحكم وتأكل بنهم وشراهة. واستمرت بها الحال كذلك لعدة شهور زاد معها قلقها من أن تصبح بدينة. وفي سن 13 بدأت تعرف طريق القيء المتعمد، والذي أدي بها إلى إدمان الأكل بشراهة ثم تعمد القيء ثلاث أو أربع مرات علي مدار الأسبوع. وبالرغم من أنها أخفت ذلك إلا أن والديها لاحظا حالتها المرضية وبدآ في علاجها.

النهم العصبي Bulimia Nervosa:

يعكس سلوك "جيل" حالة "النهم العصبي" bulimia nervosa، وكلمة "النهم" bulimia مشتقة من كلمة لاتينية تعني جوع الثور. فهذا الاضطراب يتضمن نوبات من التناول السريع لكميات كبيرة من الطعام يليها سلوك قهري كالقيء، أو الصيام أو التدريبات الشاقة لمنع زيادة الوزن. ويُعرف الدليل التشخيصي الإحصائي للأمراض النفسية "الشراهة" binge في ضوء خاصيتين، هما: أولاً: أنها تناول كمية كبيرة من الطعام أكثر مما يأكلها أغلب الأفراد في فترة زمنية قصيرة مثلاً أقل من ساعتين . ثانيًا: أنها تشمل مشاعر فقدان السيطرة على سلوك الأكل - كأن الفرد لا يستطيع التوقف. ولا يتم التشخيص بالنهم العصبي في سياق شراهة تناول الأكل ثم التخلص منه فقط، ولكن في حالة الإصابة بالهزال الشديد يكون الاضطراب في هذه الحالة النمط الثاني من فقدان الشهية العصبي نمط شره الأكل/ التطهير binge-eating/purging type، anorexia nervosa. فالاختلاف الرئيس فقدان الشهية العصبي والنهم العصبي أن الأول يصحبه انخفاض شديد بالوزن أما الثاني فلا.

وفي النهم العصبي، يتم الأكل بشراهة سرًا نتيجة الضغط العصبي والمشاعر السلبية الناتجة عنه، ويستمر الفرد في الأكل حتي الشبع بطريقة زائدة Grilo, Shiffman, & Cater-Campbell, 1994 . وفي حالة "جيل" كان السبب هو حالة الضغط نتيجة القلق علي مستقبلها الرياضي. ويتم تناول الطعام الذي يمكن أكله بسرعة كالحلويات والآيس كريم. وأشارت إحدى الدراسات الحديثة إلى أن النساء اللاتي يعانين هذه الحالة غالبًا ما

يتناولن الطعام بشراهة حين يكنّ بمفردهن في الصباح أو بعد الظهر. بالاضافة لذلك فإن حرمان النفس من أحد أصنفة الطعام المفضلة في أحد الأيام يعقبه جلسة من الشراهة اليوم التالي Waters, Hill, & Waller, 2001 . وتشير الدراسات الأخرى إلى أن حدوث الشراهة يزداد احتمالاً بعد المرور بتفاعل اجتماعي سلبي - أو على الأقل إدراك تغير اجتماعي سلبي Steiger et al., 1999 .

معايير DSM-IV-TR للشره المرضي العصبي
- نوبات متكررة من الشراهة طعام
- التعويضية المتكررة السلوكيات لمنع الوزن مكاسب، على سبيل المثال، والتقيؤ
- شكل الجسم والوزن هي مهم للغاية لتقييم الذات

وتقترح الأبحاث أن الأفراد الذين يعانون النهم العصبي في بعض الأوقات يأكلون في جلسة الشراهة الواحدة أكثر مما يمكن أن يتناوله الفرد العادي علي مدار اليوم، ولكن لا تكون هذه الكمية بالدرجة التي يصفها دليل الأمراض النفسية، كما أن مقدار السعرات الحرارية التي تحويها تلك الوجبات يختلف من وجبة لأخرى e.g., Rossiter & Agras, 1990 . ويقر المرضي بفقدان السيطرة أثناء تناول الطعام لدرجة أنهم يشعرون بأنهم يعانون حالة انفصالية عند أدائهم ذلك، ربما لفقدانهم الوعي بسلوكهم أو بمشاعرهم التي لا تمثل واقعياً حالة الشراهة. بالتالي يشعرون بالخزي، ويحاولون كتمان ذلك السلوك.

فبعد انتهائهم من الطعام يشعرون بالاشمئزاز وعدم الراحة والخوف من زيادة الوزن، مما يؤدي للخطوة التالية للنهم العصبي - وهي سلوك قهري غير مناسب والمعروف أيضًا بالتطهير purging ، وهي التخلص من آثار السعرات الحرارية الزائدة. فأغلب الأفراد ذوي النهم العصبي يقومون بالقيء بوضع أصابعهم في فمهم، ولكن بعد فترة يستطيع البعض القيء بإرادته دون إدخال اليد في الفم. ويستخدم المرضي أيضا المسهلات ومدرات البول والتدريبات العنيفة لمنع زيادة الوزن.

وبالرغم من أن البعض قد يقوم بالأكل بشراهة شديدة أحيانًا أو التخلص من الطعام بعد أكله، إلا أن الدليل الإحصائي يتطلب لتشخيص حالة النهم العصبي أن يتكرر ذلك على الأقل مرة أسبوعيًا علي مدار ثلاثة أشهر. ولكن هل مرة أسبوعيًا يمكن اعتباره حدًا فاصلا؟ ربما لا. فقد تغير المعدل من مرتين خلال الدليل الرابع المعدل DSM-IV-R إلى مرة في الدليل الخامس DSM-5 بسبب وجود فروق طفيفة الأفراد ذوي التقيؤ مرتين أسبوعيًا والأفراد ذوي التقيؤ الأقل في المعدل Garfinkel, Kennedy, & Kaplan, 1995; Wilson & Sysko, 2009.

وكما هى الحال في فقد الشهية العصبي، فإن مرضي النهم العصبي يخافون من زيادة الوزن، ويعتمد تقديرهم لذاتهم علي الحفاظ علي أوزانهم. بينما يقلل الفرد السليم من تقديره لوزنه، ويعتقد أنه أطول من الحقيقة إلا أن مرضي النهم العصبي يتمتعون بالدقة

في الإخبار عن أوزانهم Doll & Fairburn, 1998; McCabe et al., 2001 . ومع ذلك فإن هؤلاء المرضي من ذوي النهم العصبي غير راضين عن أجسامهم.

المعايير التشخيصية للنهم العصبي طبقًا للدليل الخامس DSM-5
- نوبات متكررة من الشره في الأكل.
- السلوكيات القهرية المتكررة للحفاظ على الوزن مثل التقيؤ.
- يمثل شكل الجسم والوزن من التقييمات الذاتية الجوهرية.

ويتميز مرض النهم العصبي بنمطين فرعيين في الدليل التشخيصي الرابع المعدل DSM-IV-R: نمط التطهير والتخلص من الأكل purging type، ونمط عدم التطهير non purging type مثل الاستعانة بسلوكيات قهرية للتخلص من الأكل كممارسة التمرينات القاسية أو الصيام. ولكن من الصعب التمييز بين نمط عدم التطهير واضطراب شراهة الأكل binge eating disorder، فصدق الدليل لهذه الفئات الفرعية ضعيف، لهذا تم حذفها من الدليل التشخيصي الخامس DSM-5.

وعادة ما يبدأ اضطراب النهم العصبي مع بداية مرحلة المراهقة أو نهايتها، فحوالي 90% من الحالات نساءً، ويبلغ انتشاره بين النساء نحو 1-2% من الجمهور Hoek & van Hoeken, 2003 وغالبًا ما يعاني مرضى النهم العصبي زيادة الوزن قبل بداية حدوث الاضطراب، فشراهة الأكل عادة تظهر أثناء مرحلة تتبع نظام غذائي. وبالرغم من أن كلا من النهم العصبي وفقدان الشهية العصبي لدى النساء يظهر في مرحلة المراهقة، إلا أنهما يستمران حتى الرشد والعمر الأوسط Keel et al., 2010; Slevec & Tiggemann, 2011 .

ويرتبط النهم العصبي بعديد من الاضطرابات الأخرى مثل الاكتئاب، واضطرابات الشخصية، واضطرابات القلق، واستخدام المواد، واضطراب السلوك Baker et al., 2010; Godart et al., 2000, 2002; Root et al., 2010; Stice, Burton, & Shaw, 2004 . كما أن الرجال الذين يعانون هذا الاضطراب غالبًا ما يتم تشخيصهم من خلال اضطراب المزاج أو اضطراب استخدام المواد Striegel-Moore et al., 1999 ، وترتفع معدلات الانتحار بين مرضي النهم العصبي مقارنة بالأفراد العاديين Favaro & Santonastaso, 1997 ، ولكنها أقل جوهريًا مقارنة بالأفراد ذوي فقدان الشهية العصبي Franko & Keel, 2006 .

فالتساؤل الآن هو: من يأتي أولاً النهم العصبي أم الاضطرابات المصاحبة؟ وقد قامت إحدى الدراسات المستقبلية بفحص العلاقة بين النهم العصبي والاكتئاب بين الفتيات البالغات Stice et al., 2004 . ووجدت هذه الدراسة أن أعراض النهم العصبي كشفت عن وجود أعراض الاكتئاب. وبالرغم من ذلك فالعكس أيضاً صحيح، حيث إن الأعراض الاكتئابية كشفت عن وجود أعراض النهم العصبي، وبذلك فإن كلا منهما يزيد من خطورة

الإصابة بالآخر. وبالتركيز على اضطرابات استخدام المواد، وجدت دراسة مستقبلية أخرى من خلال تتبع 1.200 زوج من التوائم أن أعراض النهم العصبي تأتي قبل أعراض اضطراب استخدام المواد Baker et al., 2010 .

العواقب الجسمية المصاحبة للنهم العصبي Physical Consequences of Bulimia Nervosa: كما هى الحال في فقدان الشهية العصبي، فإن النهم العصبي له العديد من التأثيرات الجسمية. فاضطرابات الحيض وانقطاعه قد ينشأ لدي مرضي النهم العصبي، وإن كان بصورة أقل حدة منه في فقدان الشهية العصبي، بالرغم من أن مرضي النهم العصبي يتمتعون بمعدل سليم لكتلة الجسم BMI Gendall et al., 2000 . ويتم حساب هذا المعدل كخارج قسمة الوزن بالكيلوجرامات علي مربع الطول بالأمتار، وهو يعتبر مؤشرا لنسبة الدهون بالجسم. ويبلغ معدل كتلة الجسم في المرآة الطبيعية نسبة تتراوح بين 20 –25. ولحساب معدل كتلة الجسم انظر جدول 11-3 . كذلك للنهم العصبي - مثل فقدان الشهية العصبي - اضطرابات خطيرة كنواتج لاستخدام الأدوية غير المناسبة Mehler, 2011 . فعلي سبيل المثال، يؤدى التطهير والتخلص المتكرر من الطعام إلي نقص عنصر الكالسيوم بالجسم. فالاستخدام المتكرر للملينات التي تستحث الإسهال قد يؤدي أيضًا إلى تغيرات في نسبة الأملاح المذابة، واضطرابات في معدل ضربات القلب. ويرتبط القيء المتكرر باضطراب الحيض، كما أنه يمزق أنسجة المعدة والحلق وتتآكل طبقة منيا بالأسنان نتيجة أحماض المعدة، وقد تتضخم كذلك الغدد اللعابية Garner, 1997 . إلا أن حالات الوفاة في النهم العصبي أقل من مثيلتها في فقدان الشهية العصبي Herzog et al., 2000; Keel & Brown, 2010; Keel & Mitchell, 1997 . ووجدت دراسة حديثة لحوالي 1000 سيدة بمرضى النهم العصبي أن نسبة الوفاة قد تصل إلى 4% Crow et al., 2009 .

المآل المتوقع Prognosis: كشفت دراسات متابعة لأفراد النهم العصبي علي المدى البعيد امتثال 75% منهم للشفاء، رغم وجود الأعراض كاملة لدي حوالي 10% إلى 20% منهم Keel et al., 1999, 2010; Reas et al., 2000; Steinhausen & Weber, 2009 . ويرتبط التدخل بعد فترة وجيزة من التشخيص أي في غضون السنوات القليلة الأولى بزيادة احتمالات الشفاء Reas et al., 2000 . والأفراد ذوو الشره العصبي الذين يفرطون في تناول الطعام والقيء الكثير، يكونون أكثر استخدامًا للمواد أو أكثر عرضة لتاريخ من الاكتئاب، وأقل شفاء مقارنة بالأفراد من دون هذه العوامل Wilson et al., 1999 .

جدول 11 - 3 حساب مؤشر كتلة الجسم BMI الخاصة بك

الوزن

lbs		١٠٠	١٠٥	١١٠	١١٥	١٢٠	١٢٥	١٣٠	١٣٥	١٤٠	١٤٥	١٥٠	١٥٥	١٦٠	١٦٥	١٧٠	١٧٥	١٨٠	١٨٥	١٩٠	١٩٥	٢٠٠	٢٠٥	٢١٠	٢١٥
kgs		٤٥,٥	٤٧,٧	٥٠,٠	٥٢,٣	٥٤,٥	٥٦,٨	٥٩,١	٦١,٤	٦٣,٦	٦٥,٩	٦٨,٢	٧٠,٥	٧٢,٧	٧٥,٠	٧٧,٣	٧٩,٥	٨١,٨	٨٤,١	٨٦,٤	٨٨,٦	٩٠,٩	٩٣,٢	٩٥,٥	٩٧,٧
الطول																									
٥'٠	١٥٢,٤	١٩	٢٠	٢١	٢٢	٢٣	٢٤	٢٥	٢٦	٢٧	٢٨	٢٩	٣٠	٣١	٣٢	٣٣	٣٤	٣٥	٣٦	٣٧	٣٨	٣٩	٤٠	٤١	٤٢
٥'١	١٥٤,٩	١٨	١٩	٢٠	٢١	٢٢	٢٣	٢٤	٢٥	٢٦	٢٧	٢٨	٢٩	٣٠	٣١	٣٢	٣٣	٣٤	٣٥	٣٦	٣٦	٣٧	٣٨	٣٩	٤٠
٥'٢	١٥٧,٤	١٨	١٩	٢٠	٢١	٢٢	٢٢	٢٣	٢٤	٢٥	٢٦	٢٧	٢٨	٢٩	٣٠	٣١	٣٢	٣٣	٣٣	٣٤	٣٥	٣٦	٣٧	٣٨	٣٩
٥'٣	١٦٠,٠	١٧	١٨	١٩	٢٠	٢١	٢٢	٢٢	٢٣	٢٤	٢٥	٢٦	٢٧	٢٨	٢٩	٣٠	٣١	٣٢	٣٢	٣٣	٣٤	٣٥	٣٦	٣٧	٣٨
٥'٤	١٦٢,٥	١٧	١٨	١٨	١٩	٢٠	٢١	٢٢	٢٣	٢٤	٢٤	٢٥	٢٦	٢٧	٢٨	٢٩	٣٠	٣١	٣١	٣٣	٣٣	٣٤	٣٥	٣٦	٣٧
٥'٥	١٦٥,١	١٦	١٧	١٨	١٩	٢٠	٢٠	٢١	٢٢	٢٣	٢٤	٢٥	٢٥	٢٦	٢٧	٢٨	٢٩	٣٠	٣٠	٣١	٣٢	٣٣	٣٤	٣٥	٣٥
٥'٦	١٦٧,٦	١٦	١٧	١٧	١٨	١٩	٢٠	٢١	٢١	٢٢	٢٣	٢٤	٢٥	٢٥	٢٦	٢٧	٢٨	٢٩	٢٩	٣٠	٣١	٣٢	٣٣	٣٤	٣٤
٥'٧	١٧٠,١	١٥	١٦	١٧	١٨	١٨	١٩	٢٠	٢١	٢٢	٢٢	٢٣	٢٤	٢٥	٢٥	٢٦	٢٧	٢٨	٢٩	٢٩	٣٠	٣١	٣٢	٣٣	٣٣
٥'٨	١٧٢,٧	١٥	١٥	١٦	١٧	١٨	١٩	١٩	٢٠	٢١	٢٢	٢٢	٢٣	٢٤	٢٥	٢٥	٢٦	٢٧	٢٨	٢٨	٢٩	٣٠	٣١	٣٢	٣٢
٥'٩	١٧٥,٢	١٤	١٥	١٦	١٧	١٧	١٨	١٩	٢٠	٢٠	٢١	٢٢	٢٢	٢٣	٢٤	٢٥	٢٥	٢٦	٢٧	٢٨	٢٨	٢٩	٣٠	٣١	٣١
٥'١٠	١٧٧,٨	١٤	١٥	١٥	١٦	١٧	١٨	١٨	١٩	٢٠	٢٠	٢١	٢٢	٢٣	٢٣	٢٤	٢٥	٢٥	٢٦	٢٧	٢٨	٢٨	٢٩	٣٠	٣٠
٥'١١	١٨٠,٣	١٤	١٤	١٥	١٦	١٦	١٧	١٨	١٨	١٩	٢٠	٢١	٢١	٢٢	٢٣	٢٣	٢٤	٢٥	٢٥	٢٦	٢٧	٢٨	٢٨	٢٩	٣٠
٦'٠	١٨٢,٨	١٣	١٤	١٤	١٥	١٦	١٧	١٧	١٨	١٩	١٩	٢٠	٢١	٢١	٢٢	٢٣	٢٣	٢٤	٢٥	٢٥	٢٦	٢٧	٢٧	٢٨	٢٩
٦'١	١٨٥,٤	١٣	١٣	١٤	١٥	١٥	١٦	١٧	١٧	١٨	١٩	١٩	٢٠	٢١	٢١	٢٢	٢٣	٢٣	٢٤	٢٥	٢٥	٢٦	٢٧	٢٧	٢٨
٦'٢	١٨٧,٩	١٢	١٣	١٤	١٤	١٥	١٦	١٦	١٧	١٨	١٨	١٩	١٩	٢٠	٢١	٢١	٢٢	٢٣	٢٣	٢٤	٢٥	٢٥	٢٦	٢٧	٢٧
٦'٣	١٩٠,٥	١٢	١٣	١٣	١٤	١٥	١٥	١٦	١٦	١٧	١٨	١٨	١٩	٢٠	٢٠	٢١	٢١	٢٢	٢٣	٢٣	٢٤	٢٥	٢٥	٢٦	٢٦
٦'٤	١٩٣,٠	١٢	١٢	١٢	١٣	١٤	١٤	١٥	١٥	١٦	١٧	١٧	١٨	١٩	٢٠	٢٠	٢١	٢٢	٢٢	٢٣	٢٣	٢٤	٢٥	٢٥	٢٦

الحالة الإكلينيكية "آمي" Amy:

"آمى" هي سيدة أمريكية من أصل إفريقي، عمرها 27 سنة، وصفت طوال حياتها بأنها ضخمة الوزن. كما وصفت بـ" السمينة" منذ صغر سنها، ويسميها والداها بـ "الدهنية". تتبعت الكثير من الأنظمة الغذائية منذ الطفولة، ولكن لم تنجح في أي منها. حاليًا يبلغ طول "آمى" 5 أقدام و4 بوصات، ووزنها 212 رطلا ومؤشر كتلة جسمها 35 .

مرت "آمى" بخبرات من نوبات شره الأكل بدءا من عمر 18 سنة، عندما تركت منزلها للذهاب للجامعة. تم استبعادها من المجموعة الاجتماعية من حرم الجامعة، أصبحت تسكن في حجرة بمفردها، حيث تأكل فيها 2 بيتزا حجم كبير وكيس دوريتوس. بعد نوبة الشره، تشعر بالشبع وتذهب لتنام. وبعد أول نوبة من شره الأكل، أصبحت تجد نفسها تفعل ذلك مرتين أسبوعيًا خلال الجامعة. وبالرغم من شعورها بالامتلاء والشبع، لا تستطيع التوقف عن الأكل. وبعد ذلك تشعر بالخجل والغضب من نفسها لأكلها الكثير. فقد زاد وزنها إلى 70 رطلا خلال سنوات الجامعة.

ذكرت "آمى" أنها حاليًا لديها نوبة شره على الأقل مرة أسبوعيًا، خاصة عندما يكون لديها يوم ضاغط وشاق في العمل. وحاليًا اشتكت لصديقتها التي نصيحتها بضرورة طلب العلاج من عيادة الصحة النفسية داخل حرم الجامعة.

اضطراب الشراهة في الأكل Binge Eating Disorder :

في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الخامس، يشتمل على اضطراب الشراهة في الأكل كتشخيص فهو كان تشخيصًا أ في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الرابع المعدل TR-IV-DSM يحتاج إلى مزيد من الدراسة . فيتضمن هذا الاضطراب نوات متكررة من الشراهة مرة كل أسبوع لمدة 3 شهور على الأقل ، وفقدان السيطرة والتحكم أثناء نوبات الشراهة في الأكل، والشعور بالكرب بعد الشراهة في الأكل. كما أنه يتضمن خصائص أخري كالأكل بسرعة، والأكل منفردًا. كما يتميز عن فقدان الشهية العصبي بأنه لا يصاحبه فقدان في الوزن، ويختلف عن النهم العصبي في عدم وجود وسائل تعويضية للتخلص من الطعام كالقيء، أو الملينات أو الصوم أو التدريبات الرياضية الشاقة. وفي معظم الأحيان يتصف أفراد هذا الاضطراب بالسمنة obese. فالفرد الذي يكون معدل كتلة جسمه BMI أكبر من 30 يعتبر بدينًا. ومع انتشار السمنة المفرطة في الولايات المتحدة فإنه من المتوقع زيادة الأبحاث حول اضطراب الشراهة في الأكل Yanovski, 2003 . ومن الضروري الإشارة إلى هذه النقطة، لأنه ليس كل حالات السمنة تقع ضمن الفئة التشخيصية لاضطراب الشراهة في الأكل. بالإضافة إلى أن نسبة هؤلاء ممن لديهم نوبات متكرر من الشراهة وسجلوا مشاعر بفقدان التحكم أثناء

الأكل حوالي من 2% إلى 25% من فئة الأفراد ذوي السمنة Yanovski, 2003 . وللمناقشة المستقبلية عن السمنة، انظر تركيز الاكتشاف 11-1 .

فإدراج اضطراب الشراهة في الأكل في الدليل الخامس يعكس صدق البحث الراهن في هذا الاضطراب، كما أن الجزء الأكبر من الدليل يدعم إدراج الاضطراب في الدليل الخامس Striegel-Moore & Franco, 2008; Wonderlich et al., 2009 . فهي فئة تشخيصية ثابتة تعريفًا وقياسًا Striegel-Moore & Franco, 2008 . وهناك ارتباط بين السمنة وتاريخ اتباع نظام غذائي Kinzl et al., 1999; Pike et al., 2001 . وهناك تلازم بين خلل العمل والوظيفة الاجتماعية، والاكتئاب، وانخفاض تقدير الذات، وعدم الرضا عن شكل الجسم Spitzer et al., 1993; Striegel-Moore et al., 1998, 2001 . ومن العوامل التي تزيد من احتمالات الإصابة بتطور اضطراب الشراهة في الأكل نجد السمنة أثناء مرحلة الطفولة، وتعليقات الآخرين الجارحة التي تصف الفرد بزيادة الوزن، ومحاولات إنقاص الوزن في الطفولة، وانعدام الثقة بالنفس، والاكتئاب، والاعتداء البدني أو الجنسي أثناء الطفولة Fairburn et al., 1998; Rubinstein et al., 2010 . وجدت إحدى الدراسات جينات السلوك Hudson et al., 2006 أن أقارب الأفراد ذوي السمنة مع اضطراب الشراهة في الأكل أكثر احتمالاً لإصابتهم باضطراب الشراهة في الأكل بأنفسهم بنسبة 20% مقارنة بالأقارب الأفراد ذوى السمنة بدون اضطراب الشراهة في الأكل 9% .

> المعايير التشخيصية لاضطراب الشراهة في الأكل طبقًا للدليل الخامس DSM-5
> - نوبات متكررة من الشراهة في الأكل.
> - وتتضمن نوبات الشرهة في الأكل على الأقل ثلاثة مما يلي:
> 1- الأكل بسرعة مقارنة بالمعتاد حتى يشعر بالشبع
> 2- أكل كميات كبيرة حتى لو لم يكن هناك إحساس بالجوع
> 3- الأكل بشكل منفرد حتى يتجنب إحراج كميات الأكل الكبيرة.
> 4- مشاعر سيئة مثل الشعور بالذنب، أو الاكتئاب بعد الشرهة في الأكل.
> - يوجد سلوك تعويضي.

وينتشر اضطراب الشراهة في الأكل بصورة أكثر من انتشار كل من فقدان الشهية العصبي أو النهم العصبي Hudson et al., 2007 . وفي المسح القومي للأمراض المنتشرة وجد أن اضطراب الشراهة في الأكل ينتشر بنسبة 3.5% بين الإناث، 2% لدى الذكور. وتوضح البحوث أن اضطراب الشراهة في الأكل أكثر شيوعا لدى النساء مقارنة بالذكور، بالرغم من أن الفرق بين الجنسين ليس كبيرا بقدر ما، كما في فقدان الشهية العصبي أو النهم العصبي. فهناك عدد قليل من الدراسات الوبائية، أظهرت أن اضطراب الشراهة في الأكل ينتشر بنسب متساوية بين الأوربيين، والأفارقة، والآسيويين، والأمريكيين من أصل إسباني Striegel-Moore & Franco, 2008 . فعادة يصاحب اضطراب الشراهة في الأكل كل من اضطرابات الاكتئاب والقلق Wonderlich et al., 2009 .

العواقب الجسمية المصاحبة لاضطراب الشراهة في الأكل Physical Consequences of Binge Eating Disorder: كما هى الحال في اضطرابات الأكل الأخرى، فإن لاضطراب الشراهة في الأكل العديد من التأثيرات الجسمية. فالكثير من الآثار الجسمية ترتبط بوظيفة السمنة، مثل زيادة الاستهداف للنمط الثاني من مرض السكر، ومشكلات الأوعية القلبية، وصعوبات التنفس، ومشكلات المفاصل والعضلات. بالرغم من أن الأبحاث أوضحت وجود مشكلات جسمية بين مرضى اضطراب الشراهة في الأكل بشكل مستقل عن حدوث السمنة، منها مشكلات النوم، والقلق، والاكتئاب، وزملة القولون العصبي irritable bowel syndrome، ولدى النساء حدوث بدء الحيض مبكرًا Bulik & Reichborn-Kjennerud, 2003 .

المآل المتوقع Prognosis: ربما بسبب أنه يُعد تشخيصًا حديثًا، لا يوجد سوي القليل من الدراسات التي تقيس المآل المتوقع لاضطراب الشراهة في الأكل. فقد اقترح البحث أن نسبة الشفاء تتراوح ما بين 25% و82% Keel & Brown, 2010; Striegel-Moore & Franco, 2008 . وأوضحت إحدى الدراسات المستقبلية أن الأفراد ذوي اضطراب الشراهة في الأكل قد سجلوا بدء الإصابة في متوسط سن 14.4 سنة، والتي تعد أكثر عند مقارنتها بتسجيلات مرضى فقدان الشره العصبي أو النهم العصبي Pope et al., 2006 .

الملخص السريع:

فقدان الشهية العصبي لديه ثلاث خصائص: السلوكيات المقيدة للحفاظ على وزن الجسم الصحي، الخوف الشديد من زيادة الوزن والسمنة، صورة الجسم المشوهة، وانقطاع الطمث. وعادة ما تبدأ في سنوات المراهقة المبكرة، وأكثر شيوعا في النساء أكثر من الرجال. والتغيرات الجسدية التي تحدث بعد الفقدان الشديد في الوزن تكون خطيرة وتهدد الحياة. فحوالي 70 في المائة من النساء المصابات بفقدان الشهية يشفين، ولكن يمكن أن يستغرق ذلك سنوات عديدة.

إن النهم العصبي ينطوي على الشراهة في الأكل والسلوك القهري. ويحتوي الشراهة في الأكل غالبا على الأطعمة الحلوة، وتحدث أكثر احتمالا عندما يكون الفرد لوحده، في الصباح أو بعد الظهر.هناك فارق أساسي بين فقدان الشهية العصبي والنهم العصبي هو الفقدان الشديد للوزن: فالأفراد ذوو فقدان الشهية العصبي يفقدون قدرا هائلا من الوزن، بينما ذوو النهم العصبي لا يفقدون. ويبدأ عادة النهم العصبي أواخر فترة المراهقة، وأكثر شيوعا في النساء مقارنة بالرجال. ويحدث الاكتئاب كثيرا مصاحبًا للنهم العصبي. وتحدث تغييرات خطيرة في الجسم نتيجة النهم العصبي، منها مشكلات في الحيض، وتمزيق في المعدة والحلق، وتورم في الغدد اللعابية.

ويتميز اضطراب الشراهة في الأكل بنوبات شراهة، ومعظم وليس كل الأفراد يعانون السمنة المفرطة كما هو موضح وجود معامل كتلة الجسم أكبر من 30 . ويختص اضطراب الشراهة في الأكل بنوبات شراهة في الأكل وتقرير فقدان السيطرة على كمية الطعام. ويشيع اضطراب الشراهة في الأكل أكثر من فقدان الشهية العصبي والنهم. كما أنه أكثر شيوعا في النساء مقارنة بالذكور، بالرغم من أن الفرق بين الجنسين ليس كبيرا بقدر ما هو في فقدان الشهية العصبي والنهم العصبي.

تركيز الاكتشاف 11-1

السمنة: أحد أمراض القرن الحادي والعشرين؟

السمنة ليست اضطرابا غذائيا رغم أنها مشكلة صحية عامة يتم توفير رعاية طبية لها، وتكلفت نحو 147 بليون دولار عام 2008 فقط Finkelstein et al., 2009 . فعلي سبيل المثال ترتبط السمنة بمرض السكر، وارتفاع ضغط الدم، وأمراض الأوعية الدموية والقلبية، وأنواع من السرطان. وأثبتت الدراسات الحديثة ارتفاع ضغط الدم بين الأطفال، وهذا قد يكون نتيجة لارتفاع عدد الأطفال الذين يعانون زيادة الوزن أو السمنة Muntner et al., 2004 .

وفي عام 2008، وجد أن أكثر من ثلثي الراشدين في الولايات المتحدة يعانون زيادة الوزن، وأكثر من ثلث الراشدين لديهم سمنة Flegal rt al., 2010 . وفي عام 2004، حوالي تقريبًا 19% من الأطفال في الولايات المتحدة يعانون السمنة، والثلث من ذوي زيادة الوزن. فمعدلات السمنة في تزايد مستمر في بعض الولايات عن الأخرى؛ فمعدل السمنة زاد على 30% لدى الراشدين في ثمان ولايات عام 2009. وبالرغم من تزاد معدلات السمنة بين الراشدين في الولايات المتحدة - فهناك وميض من الأخبار الجيدة - إلا أنها لم تزد بسرعة كما كان في القرن العشرين Flegal et al., 2010 . فبين الأطفال، المعدلات توقفت في عام 2006، بالرغم من أنه مبكرًا القول بأن هناك ميلا للتزايد Ogden, Carroll & Flegal, 2008 . وفي عام 2001 أطلق وزير الصحة الأمريكي علي السمنة في الولايات المتحدة وباء. وتزداد السمنة في أنحاء أخري من العالم من استراليا إلي مصر إلي سيبيريا وبيرو Friedrich, 2002 . وهذا يدعو للتساؤل لماذا كل هؤلاء يعانون زيادة الوزن؟

فهناك عوامل كثيرة تؤدي دورا في ذلك كالبيئة المحيطة مثلا. وفي كتاب بعنوان "خبايا صناعة الأكل، أزمة السمنة الأمريكية، ودورنا تجاهها" Food Fight: The Inside Story of the Food Industry America's Obesity Crisis, and What We Can Do About It للأخصائية النفسية "كيلي براونيل" Kelly Brownell بجامعة ييل،

حيث وصفت البيئة المحيطة بأنها سامة toxic فيما يتعلق بالطعام والوسائل المتاحة لمعظم الأفراد بالولايات المتحدة Brownell & Horgen, 2003 . فكمية ووفرة الوجبات السريعة زادت في العقود الأخيرة، واعتاد الكثير من الأفراد بمن فيهم الأطفال حياة الجلوس، حيث يقضون المزيد من الوقت يعملون أمام شاشات الكمبيوتر أو يشاهدون التليفزيون. كما أنه قد قلت برامج التربية الرياضية لطلبة المدارس Critser, 2003 . واتجه المزيد من الأفراد إلي تناول الوجبات في المطاعم، كما ازداد حجم قطع الطعام سواء في المطاعم أومحلات البقالة، بل أصبح معظم الأفراد لا يدركون مقادير الغذاء التي تنص عليها وزارة الزراعة الأمريكية. فقد تكون زجاجة من الصودا بحجم 20 أوقية 566 جراما ليست لوجبة واحدة، بل وجبتين ونصف وجبة، كما أن الكمية المنصوص عليها من الجبن هي 1.5 أوقية 42 جراما . وقطع الطعام التي تزيد في الحجم يومًا بعد يوم، وكذلك توافر غذاء غير صحي يؤثر علي كمية الغذاء الذي نتناوله. بالإضافة لذلك فإنه يختلف توافر الطعام الصحي المتاح طبقًا لاختلاف مستويات المعيشة. فأشارت الدراسات إلى أن الأحياء الفقيرة يكون بها عدد أقل من متاجر التسوق الكبيرة، وعدد أكبر من محلات الوجبات السريعة واختيارات أقل من الأغذية الصحية e.g., Moreland et al., 2002 .

فجميعنا يتأثر بالإعلام المغري الذي يروج للطعام الدسم والمنتجات ذات السعرات الحرارية العالية كالحلويات والوجبات الخفيفة الموجودة بمطاعم الوجبات السريعة. فعلي سبيل المثال تكلفت ميزانية الحملة الإعلانية للكوكاكولا والبيبسي 3 بلايين دولار في عام 2001 Brownell & Horgen, 2003 مقارنة بحملة معهد السرطان الأمريكي التي تكلفت 2 مليون دولار لتدعو إلي تناول المزيد من الخضراوات والفاكهة Nestle, 2002 . فالأطفال بشكل خاص أكثر عرضة للتأثر بالإعلانات. وقد اختتمت جمعية علم النفس الأمريكية في عام 2004 بخلاصة أن الإعلانات التلفزيونية حول الأطعمة غير الصحية مثل الحبوب السكرية، والصودا تسهم في تكوين العادات الغذائية غير الصحية للأطفال تحت 8 سنوات، وذلك لأن هؤلاء الأطفال يفتقرون إلى حد كبير إلى المهارات المعرفية اللازمة لتمييز الحقيقة من الإعلان Harris, Bargh, & Brownell, 2009; Kunkel et al., 2004 .

وتلعب العوامل البيولوجية دورا أيضًا، فأشارت الأبحاث علي فئران التجارب إلى أن هرمون الليبتين leptin مهم لتنظيم عملية تناول الطعام، لذلك فإن في غيابه تنتج تغيرات في المخ تؤدي لاختلال عملية تناول الطعام Bouret, Draper, & Simerly, 2004 . ويتم الآن البحث في العلاقة بين الليبتين والسمنة في الإنسان. ومن الجدير بالذكر أن الوراثة تلعب هي الأخرى دورًا في السمنة. ففي الوراثة السلوكية ترجع نسبة 25%-

40% من الاختلافات في السمنة إلي أسباب وراثية Brownell & Horgen, 2003 . وأوضحت دراسات التبني ارتباط أوزان الأطفال بأوزان آبائهم الفعليين أكثر من ارتباطها بأوزان آبائهم بالتبني Price et al., 1987 وبالمثل فإن 40% من الأطفال الذين يعاني آبائهم السمنة من المتوقع أن يعانوا أنفسهم السمنة أيضا مقارنة بنسبة 7% من الذين لا يعاني آباؤهم السمنة. فقد تؤثر الوراثة علي معدلات الأيض من خلال الغدة النخامية وتأثيرها علي نسبة الأنسولين أو إفراز الإنزيمات التي تخزن الدهون بالجسم وبالتالي يزيد الوزن. وبالرغم من ذلك فإن البيئة لها دور أخطر في الإصابة بالسمنة.

وقد يستحث الضغط والمزاج السلبي عملية الأكل لدي بعض الأفراد Arnow, Kenardy, & Agras, 1992; Heatherton & Baumeister, 1991, Haedt-Matt & Keel, 2011 ، وأشارت الأبحاث الحديثة علي الفئران إلى أن الطعام الغني بالدهون والسكر قد يؤدي إلي تقليل الضغط في فترة بسيطة مما أدي إلي ظهور مصطلح " الطعام المريح" comfort food Dallman et al., 2003; Kessler, 2009 .

ولا تزال الوصمة المرتبطة بزيادة الوزن قائمة. فبعض الأفراد يظنون أن السمنة هي مسئولية شخصية، وأن الأفراد إذا أكلوا كمية أقل ومارسوا التدريبات الرياضية فسوف تختفي السمنة. ولكن الأمر ليس بتلك البساطة نظرًا لوجود الكثير من العوامل. وعلي الرغم من ذلك فإن بعض أعضاء الكونجرس الأمريكي لديهم نفس الرأي. ففي عام 2004 قام مجلس النواب بإصدار قانون " الهامبرجر بالجبن" الذي يمنع الأفراد من رفع قضايا ضد مطاعم الوجبات السريعة واتهامها بالتسبب في بدانتهم. وبالرغم من أن العوامل البيئية تتضمن الطبيعة غير الصحية للوجبات السريعة إلا أن بعض أعضاء المجلس قالوا إن السمنة هي مسئولية شخصية وليست مسئولية الصناعة الخاصة بالوجبات الجاهزة USDHHS, 2004 . وبالطبع المسئولية الشخصية مهمة حيث يجب علي الأفراد الاختيار السليم لما يأكلونه من الطعام ولكن العوامل البيئية الأخرى قد تقف ضد ذلك الاختيار.



أصبحت السمنة منتشرة جدا في جميع الأنحاء خاصة في الولايات المتحدة خلال الثلاثين سنة الماضية

أسباب اضطرابات الأكل Etiology of Eating Disorders:

كما هى الحال في غيرها من الاضطرابات، فإن اضطرابات الأكل لا ترتبط بعامل واحد فقط. فالعديد من الأبحاث في الوراثة، والبيولوجية العصبية، والضغط الاجتماعي والثقافي في الترغيب في النحافة، والشخصية، ودور الأسرة، ودور المشقة البيئية؛ جميعها تقترح أن اضطرابات الأكل تحدث حينما تجتمع تأثيرات عديدة في حياة الفرد.

العوامل الوراثية:

ينتشر كل من فقدان الشهية العصبي والنهم العصبي في العائلات. وتزداد احتمالات الاضطراب في أقارب الدرجة الأولي للنساء المصابات بفقدان الشهية العصبي إلي 10مرات أعلي من المعدل الطبيعي e.g., Strober et al., 2000 . وبالمثل في النهم العصبي حيث تبلغ نسبة إصابة أقارب الدرجة الأولي للنساء المصابات بفقدان الشهية العصبي إلي أربعة أضعاف المعدل الطبيعي e.g., Kassett et al., 1989; Strober et al., 2000 . وبصفة عامة فإن أقارب الدرجة الأولي للنساء المصابات باضطرابات الأكل يكونون أكثر عرضة لفقدان الشهية العصبي أو النهم العصبي Lilenfeld et al., 1998; Strober et al., 1990, 2000 . وبالرغم من ندرة تلك الاضطرابات لدي الرجال، إلا أنه أشارت الدراسات الحديثة إلى أن أقارب الدرجة الأولي للرجال المصابين باضطراب فقدان الشهية العصبي تزداد لديهم احتمالات الإصابة مقارنة بأقارب الدرجة الأولي للرجال غير المصابين باضطراب فقدان الشهية العصبي Strober et al., 2001 . وأخيراً وبشكل عام فإن أقرباء الأفراد المصابين باضطرابات غذائية تزداد لديهم احتمالات الإصابة بها، وإن كانت قد لا تظهر لديهم جميع الأعراض المرتبطة بها Lilenfeld et al., 1998; Strober et al., 2000 .

أشارت دراسات التوائم إلي العوامل الوراثية أيضًا، حيث أظهرت ارتباطًا بين ظهور الإصابة بالاضطرابات فقدان الشهية العصبي والنهم العصبي بين التوائم المتماثلة بدرجة أعلي من التوائم غير المتماثلة Bulik, Wade, & Kendler, 2000 . وأن الجينات تؤدي دورًا مهمًا في اختلاف إصابة التوائم باضطرابات الأكل Wade et al., 2000 . ومن ناحية أخري أظهرت الأبحاث أن العوامل الأخرى غير المشتركة كالعوامل البيئية، والعلاقة مع الوالدين، وجماعة الرفاق تؤثر علي ظهور اضطرابات الأكل Klump, McGue, & Iacono, 2002 . فعلي سبيل المثال، وجدت إحدى الدراسات التي أجريت على أكثر من 1.200 زوج من التوائم أن 42% من التباين في أعراض النهم العصبي ترجع إلى العوامل الوراثية، 58% من التباين يفسره العوامل البيئية Baker et al., 2010 . وتقترح الأبحاث أن الملامح الأساسية لاضطرابات الأكل كعدم رضا الفرد عن جسمه، والرغبة الشديدة في النحافة، والشراهة في الأكل، والانشغال الدائم بالوزن؛ تتعلق كلها بالوراثة

Klump, McGue, & Iacono, 2000 . وهناك دلائل أخري تشير إلي أن العوامل الوراثية المشتركة قد تفسر العلاقة بين بعض الصفات الشخصية كالسلبية الانفعالية والقيود من ناحية وبين اضطرابات الأكل من ناحية أخري Klump, McGue, & Iacono, 2002 . وتتفق نتائج هذه الدراسات علي أن هناك اتساقا في إمكانية أن العوامل الوراثية تؤدي دورًا في اضطرابات الأكل، لكن نحتاج لمزيد من الدراسات الخاصة عن كيفية تفاعل العوامل الوراثية مع العوامل البيئية في حدوث تلك الاضطرابات.

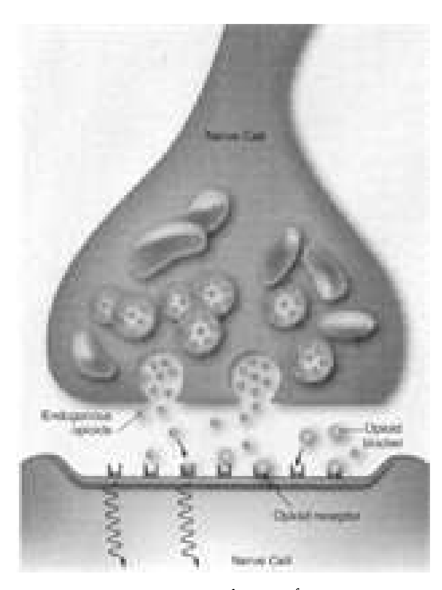
العوامل البيولوجية العصبية:

يُعد الهيبوثلامس hypothalamus د في المخ المركز الرئيس في تنظيم الجوع والأكل. وتشير الأبحاث إلي أن الحيوانات المصابة في الفص الأمامي من الهيبوثلامس تفقد الوزن والشهية للطعام Hoebel & Teitelbaum, 1966 . لذلك فإنه من المتوقع أن يؤدي الهيبوثلامس دورًا مهمًا في فقدان الشهية العصبي. وقد لوحظ أن اختلال نسبة الهرمونات التي ينظم الهيبوثلامس عملية إفرازها كهرمون الكورتيزول تسبب المعاناة من فقدان الشهية العصبي. فهذه الاضطرابات في الهرمونات تحدث نتيجة تجويع المريض لنفسه، وتعود لنسبتها الطبيعية مع زيادة الوزن Doerr et al., 1980; Stoving et al., 1999 . وعلاوة علي ذلك، فإن نقصان الوزن لدي الفئران المصابة في الهيبوثلامس لا يوازي ما نعرفه عن فقدان الشهية العصبي. فهذه الحيوانات لا تظهر لديها علامات الجوع، ولا تهتم بالأكل أبدًا. بينما الأفراد في فقدان الشهية العصبي يستمرون في البعد عن الأكل بالرغم من شعورهم بالجوع، كما أنهم يظهرون اهتمامًا بالأكل. كما أن نموذج الهيبوثلامس لا يفسر الفكرة المشوهة عن شكل الجسم أو الخوف من السمنة. وبهذا فإنه غالبًا ما لا تعتبر الهيبوثلامس المصابة عاملا أساسيا في اضطراب فقدان الشهية العصبي.

وهناك الأفيونيات الداخلية endogenous opioids التي يفرزها الجسم لتقليل الإحساس بالألم، وتحسين المزاج، والتحكم في الشهية. وهذه المواد تفرز عند التعرض للجوع، ويفترض أنها تؤدي دورا في فقدان الشهية والنهم العصبي، فيزداد إفرازها لدي المرضي ويشعرون بالسعادة Marrazzi & Luby, 1986 . علاوة علي ذلك فإن التدريبات الشاقة لدى الأفراد ذوي اضطرابات الأكل تزيد أيضًا من إفراز تلك المواد، وبالتالي يتم تعزيزها . Davis, 1996; Epling & Pierce, 1992

وتدعم بعض البحوث النظرية التي تؤدي فيها الأفيونيات الداخلية دورا في اضطرابات الأكل، على الأقل في النهم العصبي. فعلى سبيل المثال، وجدت دراستان انخفاض مستويات المواد الأفيونية الداخلية "بيتا إندورفين" انظر شكل 11-2 لدى الأفراد ذوي النهم العصبي Brewerton et al., 1992; Waller et al., 1986 . في واحدة من هذه الدراسات، لاحظ الباحثون أن الأفراد ذوي الحالات الأكثر خطورة من

الـنهم العصـبي لـديهم أدنى مسـتويات "بيتـا إنـدورفين" Waller et al., 1986 . فمـن المهـم ملاحظة أنه بالرغم من أن هذه النتـائج أظهـرت أن المسـتويات المنخفضـة مـن المـواد الأفيونيـة الداخليـة تسـبب اضـطراب المهـم العصـبي، فـلا تعتبر مثل هذه المستويات هى سـبب بـدء هـذا الاضـطراب. وبعبـارة أخـرى، نحـن لا نعـرف إذا كانت المستويات المنخفضة مـن المـواد الأفيونيـة هي سبب اضطراب الـنهم العصـبي أم أنهـا مـن تأثيرات تغيرات في تناول الطعام أو التطهير.



شكل 11-2 أنظمة الأفيونات الداخلية في المخ

وأخيراً، ركزت بعض الأبحـاث عـلي النـاقلات العصـبية المرتبطـة بالأكـل والشـعور بـالامتلاء. وأشارت الأبحاث عـلي حيوانـات التجـارب إلى أن هرمون السيروتونين serotonin يؤدي للإحسـاس بالشبع، لذلك فإن اضـطراب الـنهم العصـبي قـد يكون نتيجة نقص السيروتونين، مما يؤدي لعدم الإحساس بالشبع أثناء الأكـل. وأيضـا أظهـرت الأبحاث علي الحيوانات أن الحد من الطعام يتدخل مع تكوين السيروتونين بـالمخ. وبهـذا فـإن الحد من الطعام في فقدان الشهية العصبي يؤثر علي نظام تكوين السيروتونين بالجسم.

وفحص بعض الباحثين مستويات أيض السيروتونين بين الأفراد ذوي فقـدان الشـهية العصبي والنهم العصبي. فبالنسبة لفقـدان الشـهية العصـبي أشـارت دراسـات متعـددة لانخفاض نسبة المواد الناتجة عن أيض السيروتونين لدى الأفراد المصابين e.g. Kaye et al., 1984 ، وكذلك المصابين بالنهم العصـبي e.g., Carrasco et al., 2000; Jimerson et al., 1992; Kaye et al., 1998 . وانخفاض مستويات أيض الناقلات العصبية النشطة يُعد مـؤشرًا عـلي انخفـاض نشـاط النـاقلات العصـبية. بالإضـافة إلي ذلـك فـإن المصـابين بفقدان الشهية العصبي الذين لم يستطيعوا العودة لأوزانهم الطبيعية، يظهرون استجابة أضعف للمسـاهمات التنشـيطية للسـيروتونين عقـاقير تنشـط مسـتقبلات السـيروتونين بصورة أكبر من أقرانهم الناجحين في العودة لأوزانهم الطبيعية، مما يشير لضعف نشـاط نظام تكوين السيروتونين بالجسم Attia et al., 1998; Ferguson et al., 1999 . وقـد أظهـر الأفـراد المصـابون بـالنهم العصـبي اسـتجابات متشـابهة لمسـتقبلات السـيروتونين

Jimerson et al., 1997; Levitan et al., 1997 . وعادة تعرف مضادات الاكتئاب بفاعليتها العلاجية لفقدان الشهية العصبي والنهم العصبي ستناقش لاحقاً من خلال زيادة نشاط السيروتونين، مما يشير لأهمية ذلك الهرمون. وأخيرًا فإن هناك علاقة بين السيروتونين والاكتئاب المصاحب عادة مع فقدان الشهية العصبي، والنهم العصبي.

وبدأ الباحثون مؤخرًا في دراسة دور أحد الناقلات العصبية وهو الدوبامين dopamine في اضطرابات الأكل. فأظهرت التجارب علي الحيوانات ارتباط الدوبامين بإحساس اللذة عند تناول الطعام الذي يجعل الحيوان يسعي وراء الطعام e.g., Szczypka et al., 2001 . كما أظهرت دراسة رسم المخ في الإنسان ارتباط الدوبامين بدافع السعي وراء الطعام، وفي دراسة للأفراد الأصحاء تم تقديم أطعمة وروائح خاصة بالأكل أثناء خضوع المفحوصين للتصوير بالأشعة المقطعية بالانبعاث البوزيتروني PET scan Volkow et al., 2002 . وقام المفحوصون بالخضوع لمقياس مدي القدرة علي التحكم في النظام الغذائي انظر جدول 11-4 . فكان المفحوصون الذين سجلوا درجة أعلي في المقياس لديهم نشاط أعلي للدوبامين في الجزء الخلفي من الجسم المخطط بالمخ أثناء تقديم الطعام. وهذا يدل علي أن الأفراد الذين يحدون من الطعام طبقًا لأنظمه الأكل يمكن أن يكونوا أكثر حساسية للغذاء، فواحدة من خصائص الدوبامين التنبيه للاستجابة لمحفز معين. وما زال قائمًا أمر تأكيد ما إذا كان ذلك له علاقة باضطرابات الأكل.

جدول 11-4 عن مقياس التقيد

1- إلى أي مدى تتبع نظام غذائي؟ أبدا، ونادرا، وأحيانا، وغالبا ما؛ ودائما.
2- ما الحد الأقصى للوزن الذي فقدته في غضون شهر مضى؟ 0-4؛ 5-9؛ 10-14؛ 15-19؛ 20 +.
3- ما الحد الأقصى لزيادة الوزن في غضون أسبوع؟ 0-1؛ 1،1-2؛ 2،1-3؛ 3،1-5؛ 5.1+.
4- في أسبوع عادي، وكم تتقلب وزنك؟ 0-1؛ 1،1-2؛ 2،1-3؛ 3،1-5؛ 5.1+.
5- هل تذبذب وزنك خمسة أرطال نتيجة الطريقة التي تعيش حياتك؟ لا على الإطلاق؛ قليلا؛ باعتدال؛ كثيرا.
6- هل تأكل بشكل معقول أمام الآخرين وتفاخر وحده؟ أبدا، ونادرا، وغالبا ما؛ ودائما.
7- هل تعطي الكثير من الوقت والتفكير في الطعام؟ أبدا، ونادرا، وغالبا ما؛ ودائما.
8- هل لديك الشعور بالذنب بعد الإفراط في تناول الطعام؟ أبدا، ونادرا، وغالبا ما؛ ودائما.
9- هل تكون على وعي أثناء الأكل؟ لا على الإطلاق؛ قليلا؛ باعتدال؛ غاية.
10- كم رطلا مطلوبا كنت أن يكون وزنك؟ 0-1؛ 1-5؛ 6-10؛ 11-20؛ 21+.

المصدر: Polivy, Herman, & Howard, 1980

ومن خلال تسجيل الرنين المغناطيسي لـ 14 سيدة باضطراب فقدان الشهية العصبي وأخرى 14 بدون فقدان الشهية العصبي، وجد أن السيدات ذوات اضطراب فقدان الشهية العصبي ذكرت مشاعر أكثر إيجابية نحو السيدات منخفضات الوزن مقارنة بالصور الخاصة بالوزن الطبيعي أو زائدة الوزن Fladung et al., 2010 . بينما أظهرت السيدات بدون اضطراب فقدان الشهية العصبي مشاعر إيجابية نحو صور ذات الوزن الطبيعي. كذلك وجدت دراسة أخرى أن السيدات سواء من المصابات بفقدان الشهية العصبي أو النهم العصبي لديهن مزيد من الجين الموصل للدوبامين DAT Frieling et al., 2010 . بينما وجدت دراسة أخرى أن الفرق فقط بين السيدات المصابات بفقدان الشهية العصبي في الجين الموصل للدوبامين Bergen et al., 2005 .

وبالرغم من توقع المزيد من بحوث المستقبلات العصبية في المستقبل، لتأخذ في اعتبارها التركيز على عمل آليات المخ ذات الصلة بالجوع، والأكل، والشبع، مع مراعاة الملامح الرئيسة الأخرى لهذه الاضطرابات، وخاصة الخوف الشديد من السمنة. علاوة علي ذلك فإنه لم يتم حتى الآن إثبات أن التغيرات التي تحدث بالمخ تسبب حدوث اضطرابات الأكل.

العوامل السلوكية المعرفية:

تركز النظريات السلوكية المعرفية لاضطرابات الأكل على فهم الأفكار، والمشاعر، والسلوك التي تسهم في تشوه صورة الجسم، والخوف من السمنة، وفقدان التحكم في الأكل. فالأفراد ذوو اضطرابات الأكل يعانون وصمة سوء تكيف لأنهم عادة ما يكون انتباههم موجها للأفكار والصور المرتبطة بالوزن، وشكل الجسم، والطعام Fairburn, Shafran, & Cooper, 1999 .

فقدان الشهية العصبي: تؤكد النظريات السلوكية المعرفية لاضطراب فقدان الشهية العصبي على أن الخوف من السمنة، والفكرة المشوهة عن شكل الجسم تعد أسبابا مشجعة علي تعزيز الحد من الطعام وتقليل الوزن. فقد قرر الكثير من ذوي اضطراب فقدان الشهية العصبي أن بداية الأعراض كانت تالية لفترة فقدان الوزن واتباع نظام غذائي. فسلوكيات الحفاظ على النحافة تعزز سلبيًا من خلال الحد من قلق أن تصبح بدينًا. علاوة على ذلك، فاتباع نظام غذائي وفقدان الوزن يمكن أن يعزز إيجابيا بالإحساس بالسيطرة أو التحكم الذاتي Fairburn, et al., 1999; Garner, Vitousek, & Pike, 1997. وتشمل بعض النظريات أيضًا الشخصية والعوامل الثقافية الاجتماعية لمحاولة تفسير كيفية ظهور كل من إحساس الخوف من السمنة والصورة المشوهة عن شكل الجسم. وعلي سبيل المثال فإن المثالية والإحساس بعدم الكفاءة قد يجعلان الفرد قلقًا علي مظهره، مما يعزز فكرة اتباع أنظمة الأكل. وبالمثل التعرض لما تعرضه وسائل الإعلام التي تشجع على

النحافة كنموذج مثالي والميل لمقارنة الفرد لنفسه مع ما يراه في وسائل الإعلام يؤدي لعدم الرضا عن شكل الجسم Stormer & Thompson, 1996 .

ومن العوامل المهمة التي تدفع نحو النحافة تعليقات الأقران والآباء حول زيادة الوزن Paxton et al., 1999 . ففي دراسة تؤكد ذلك تم تقييم المراهقات في سن 10-15 سنة مرتين خلال فترة فاصلة بلغت 3 سنوات. فكانت السمنة في التقييم الأول ترتبط بتعليقات الآخرين، وفي التقييم الثاني ترتبط بعدم الرضا عن أجسامهن، وعدم الرضا بدوره يرتبط باضطرابات الأكل.

ومن المعروف أن تكرار الأكل بشراهة ينتج عن كسر النظام الغذائي Polivy & Herman, 1985 . وبهذا تحدث انتكاسة في النظام الغذائي القاسي الذي يتبعه مرضي فقدان الشهية العصبي فيأكلون بشراهة. ويأتي التخلص من الأكل بعد جلسات الشراهة نتيجة الخوف من زيادة الوزن. فمرضي فقدان الشهية العصبي الذين لم يمروا بمرحلة الأكل بشراهة ثم التخلص من الأكل، قد يكون لديهم انشغال أكبر بالخوف من زيادة الوزن Schlundt & Johnson, 1999 أو يكونون أكثر قدرة علي التحكم في أنفسهم.

النهم العصبي: يعتقد أيضًا مرضي النهم العصبي أنهم يقلقون جدا من زيادة الوزن وشكل الجسم، بالإضافة إلى أنهم يحكمون علي أنفسهم من خلال الوزن والشكل. كما ينخفض لديهم تقدير الذات. ونظرًا لأنه يمكن التحكم في وزن الجسم وشكله، فإن المرضي يستخدمانهما في تحسين صورتهم. فهم يتبعون نظامًا غذائيًا قاسيًا ذا قواعد صارمة لتحديد كمية الطعام، ونوعه، ووقته. وهذه القواعد لا تلبث أن تخرق وتنتكس الحالة إلي الشراهة، وبعد الشراهة يتولد شعور بالاشمئزاز، ويتولد الخوف من السمنة مؤديًا إلي فعل تعويضي كالقيء Fairburn, 1997 . وبالرغم من أن التخلص من الأكل يقلل من القلق الناتج عن أكل كمية كبيرة من الطعام، فإن هذه الشراهة تقلل من تقدير الفرد لنفسه، مما يعزز المزيد من الشراهة ثم التخلص من الطعام، وهي حلقة مفرغة يتم بها الحفاظ علي الوزن إلا أن لها مضاعفات صحية خطيرة انظر شكل 11-3 لتلخيص هذه النظرية



شكل 11-3: المخططات فى النظرية السلوكية المعرفية للنهم العصبي

وطور مجموعة من الباحثين مقياس التقيد انظر جدول 11-4 ، وهو استبيان لقياس مدي القلق حول اتباع نظام الأكل، والشراهة في الأكل Polivy et al., 1980 . وقد أجرى هؤلاء الباحثون سلسلة من الدراسات المعملية عن الأفراد الذين يحصلون على درجات مرتفعة على مقياس التقيد. حيث تجرى هذه الدراسات تحت ستار كونها اختبارات عن التذوق. وقد وصفت إحدى هذه الدراسات على أنها تقييم لآثار الحرارة على التذوق Polivy, Heatherton, & Herman, 1988 . وللوصول لحالة البرودة كان المفحوصون يشربون 15 أوقية 425 جراما من اللبن المخفوق بالشيكولاتة كمقدمة، ثم يتم إعطاؤهم ثلاثة أنواع من الآيس كريم لتذوقها وإعطاء معدل عن النكهة، وكان يتم إخبارهم أنهم بمجرد إنهاء تقييم النكهة، يمكنهم أن يأكلوا من الآيس كريم كما يحلو لهم. حيث يقوم الباحثون بحساب الكمية التي تناولوها بعد ذلك.

وفي مثل تلك الدراسات كان الذين سجلوا درجات أعلي في مقياس التقيد يأكلون أكثر من الذين لا يتبعون نظاما غذائيا، وذلك بعد تناولهم لمقدمة دسمة، حتى إن كانت تلك المقدمة قليلة السعرات الحرارية، ولكنهم يظنون أنها دسمة Polivy, 1976 . وحتى أيضا إن كانت غير لذيذة Polivy, Herman, & McFarlane, 1994 . وبهذا فإن الذين سجلوا درجات أعلي في مقياس التقيد أظهروا علامات تشبه التي تظهر في النهم العصبي، بالرغم من أنهم يأكلون أقل من مرضي هذا الاضطراب.

وهناك عوامل أخري تدفع الذين يتقيدون في تناول الطعام إلي الأكل كحالات المزاج السلبي كالقلق والاكتئاب e.g., Herman et al., 1987 ، فيزداد الأكل حينما تهدد صورة الفرد عن نفسه Heatherton, Herman., & Polivy,1991 ، وعند انخفاض تقدير الذات Polivy et al., 1988 . وأخيراً حينما يتعرض هؤلاء الأفراد للتعليقات التي تشير إلي زيادة أوزانهم يتولد لديهم المزيد من المشاعر السلبية ويزداد استهلاكهم للطعام McFarlane, Polivy, & Herman, 1998 .

ويتشابه نمط سلوك الأفراد ذوي الشراهة في الأكل مع الأفراد ذوي النهم العصبي، وإن كان الأخير أكثر حدة. فكل من مرضى الشراهة في الأكل ومرضى النهم العصبي يأكلون بشره عندما يواجهون المشقة وخبرة انفعالات سلبية. ومن خلال تقييم اللحظات البيئية ecological momentary assessment EMA انظر الفصل الثالث يستطيع الباحثون توضيح كيفية أن أحداث الشره والتطهير ترتبط بالتغيرات في الانفعالات والمشقة خلال الحياة اليومية Smyth et al., 2007 . ومن تحليل 82 دراسة عن تقييم اللحظات البيئية وجد أن الوجدان السلبي يسبق بدء الشراهة في الأكل بين الأفراد ذوي النهم العصبي أو الشراهة في الأكل، ولكن حجم التأثير أقوى لدى أفراد الشراهة في الأكل Haedt-Matt & Keel, 2011 . ولهذا تُعد الشراهة وظيفة لتنظيم التحكم في الوجدان

السلبي Smyth et al., 2007; Stice & Agras, 1999 . بالرغم من أن تحليل دراسات تقييم اللحظات البيئية أوضح أيضًا أن الأفراد ذوي النهم العصبي أو الشراهة في الأكل يمرون بخبرة أكثر من الوجدان السلبي بعد حدوث نوبة الشره، لهذا فاستخدام الشره في الأكل كطريقة لتنظيم الوجدان لا تبدو ناجحة تمامًا.

ودعمت أيضًا الأدلة فكرة أن المشقة والوجدان السلبي ينخفضان من خلال التطهير. بمعنى أن انخفاض مستويات الوجدان السلبي وارتفاع مستويات الوجدان السلبي بعد عملية التطهير يدعم فكرة أن التطهير يعزز من خلال تقليل الوجدان السلبي Haedt-Matt & Keel, 2011; Jarrell, Johnson, & Williamson, 1986; Smyth et al., 2007 . ونظرا لأن أوجه التشابه بين الأفراد الذين يسجلون عالية على مقياس التقيد والأفراد ذوي الشره العصبي، فنحن نتوقع أن التقيد في الأكل من شأنه أن يؤدي دورا محوريا في الشره العصبي. في الواقع، وجدت دراسة المسار الطبيعي للشره العصبي أي مسار الشره العصبي بدون أن العلاقة بين القلق الزائد عن الشكل والوزن والشراهة في الأكل يتوسطها بشكل جزئي التقيد في الأكل Fairburn et al., 2003 . وبعبارة أخرى، فإن توقع المخاوف حول شكل الجسم والوزن يتنبأ بالتقيد في الأكل، والتي بدورها تتنبأ بزيادة الشراهة في الأكل خلال فترة خمس سنوات متابعة. في حين فشلت دراسات أخرى في إيجاد هذه العلاقة Burne & McLean, 2002 . ولهذا فنحن بحاجة إلى دراسات لتوضيح الطرق التي يرتبط بها التقيد بأعراض النهم العصبي.

واستخدمت المناهج البحثية للعلوم المعرفية لدراسة كيف أن الانتباه، والذاكرة، وحل المشكلة تتأثر لدى الأفراد ذوي اضطرابات الأكل. وباستخدام المهام المعرفية مثلما في مهمة ستروب task the Stroop انظر الفصل الثاني واختبار التحقيق من النقطة the dot probe test، أوضح الباحثون أن الأفراد ذوي فقدان الشهية العصبي والنهم العصبي يركزون انتباههم على الكلمات أو الصور المرتبطة بالطعام مقارنة بباقي الكلمات أو الصور Brooks et al., 2011 . وجد أن الأفراد ذوي فقدان الشهية العصبي ممن حصلوا على درجات مرتفعة على مقياس التقيد في الأكل يميلون لتذكر كلمات الطعام بشكل أفضل، وهم في حالة الشبع وليسوا في حالة الجوع Brooks et al., 2011 . كما كشفت دراسات أخرى عن أن طالبات الجامعة من ذوي أعراض اضطراب الأكل يركزن أكثر بانتباههن ويتذكرن أفضل للصور الخاصة بحجم جسم أفراد آخرين مقارنة بالصور الخاصة بالانفعالات Treat & Viken, 2010 . ولهذا، فإن اضطرابات الأكل لدى السيدات تزيد من انتباههن ليس فقط على أجسامهن ووزنهن، بل أيضًا على أجسام وأشكال سيدات أخري، والطعام.

ويبدو أن العوامل الاجتماعية الثقافية تؤدي دورا في تكوين تصورات وعادات خاطئة عن الأكل لدى هؤلاء من ذوي اضطرابات الأكل. وهو ما ننتقل إليه في التأثيرات القادمة.

الملخص السريع :

ظهر أن للعوامل الوراثية دورا في كل من فقدان الشهية العصبي والشره العصبي. فكل من هذين الاضطرابين يميل إلى الشيوع بين الأسر، ودعمت الدراسات التوأم دور علم الوراثة في الاضطرابات الفعلية وخصائصها، مثل عدم الرضا عن الجسم، والانشغال بالنحافة، والشراهة في الأكل. لا يظهر الهيبوثلامس كعامل مباشر في اضطرابات الأكل، بينما وجد أن انخفاض مستويات الأفيونيات الداخلية يتزامن مع الشره العصبي، ولكن ليست السبب فى حدوث هذا الاضطراب. ومن ثم فالتغييرات في استهلاك الطعام تؤثر في نظام المواد الأفيونية، بدلاً من أن تأثيرات نظام المواد الأفيونية تؤثر على تناول الأكل. وكشفت نتائج البحوث عن دور السيروتونين في فقدان الشهية بأنه مختلط. حيث وجد أن السيروتونين يؤدي دورًا في النهم العصبي.

أما النظريات السلوكية المعرفية فتركز على عدم الرضا عن الجسم، والانشغال بالنحافة، والانتباه والذاكرة. ويقيس مقياس التقيد المخاوف من اتباع نظام غذائي والإفراط في تناول الطعام، وترتبط الدرجة المرتفعة الشره بين الأفراد ذوي النهم العصبي واضطراب الشراهة في الأكل. ووجدت الدراسات أن الاهتمامات بشأن شكل الجسم والوزن تتنبأ بسلوك التقيد في الأكل، الذي بدوره يزيد من الشره في الأكل. الأفراد ذوو اضطرابا الأكل أكثر انتباهًا للطعام، وصور الجسم، ويميلون لتذكرها بشكل أفضل.

العوامل الاجتماعية الثقافية :

تغيرت معايير الجسم المثالي بالمجتمعات علي مر العصور، خاصة فيما يتعلق بالجسم المثالي للمرأة. فالنساء اللاتي يظهرن في لوحات القرن السابع عشر يعتبرن بدينات لحد ما مقارنة بالمعايير الحديثة. وخلال الخمسين سنة الماضية مالت الثقافة الأمريكية إلي تقدير الجسم النحيف، فصارت فتيات الغلاف أكثر نحافة خاصة بين 1959-1978 Garner et al., 1980 . وصارت فتيات مسابقات الجمال أكثر نحافة خلال 1988. وفي دراسة تم حساب معامل كتلة الجسم BMI لفتيات الغلاف من 1985– 1997 فوجد أنه أقل من 20 Owen & Laurel-Seller, 2000 . وهو يشير إلي وزن خفيف، وما يقرب من نصف هؤلاء الفتيات كان معدل كتلة جسمهن أقل من 18، والذي يعتبر نقص الوزن.

أما للرجال فالموقف مختلف. فوجد في دراسة لفتيان الغلاف خـلال 1973-1997 Leit, Pope, & Gray, 2001 أن معدل كتلة الجسم ازداد خلال هذه الفترة، وازداد حجم عضـلات الجسم باستخدام تقدير الدهون في العضلة a fat-to-muscle estimate.

ومن المفارقات أنه بالرغم من اتجاه المعايير الثقافيـة نحـو النحافـة خـلال أواخـر القـرن العشرين، إلا أن هناك المزيد من الأفراد يـزداد وزنهـم. فتضـاعف انتشـار السـمنة منـذ 1900 انظر تركيز الاكتشاف 11-1 ، وحاليا أكثر من ثلث الشـعب الأمـريكي يعـانون السـمنة معـدل كتلة جسم أعلي من 30 ، مما يمهد الصراع بين المثاليات الثقافية وبين الحياة الواقعية.

فقد أصبح المجتمع علي درجة مـن الـوعي بالصـحة ومشـاكل السـمنة، وانـتشر اتبـاع الأنظمة فى الأكل للتخلص من الوزن الزائد، وازداد عدد من يتبعون هذه الأنظمـة مـن 7% في الرجال، 14% مـن النسـاء عـام 1950 إلي 29% في الرجـال و44% في النسـاء عـام 1999 Serdula et al., 1999 . وانتشرت ثقافة الحد من الكربوهيدرات واتباع الأنظمـة فى الأكـل خـلال السـنوات القليلـة الماضـية. فعـلي سـبيل المثـال حققـت مبيعـات الأغذيـة قليلـة الكربوهيـدرات حـوالي 30 بليـون دولار 2004، وتـم إنتـاج أكـثر مـن 1500 منـتج قليـل الكربوهيدرات في خلال سنتين فقط، كما زاد عدد الكتـب عـن هـذه المنتجـات مـن 15 إلي 194 كتابا خلال 1999- 2004. فأصـبح نحـو 26 مليـون فـرد في الولايـات المتحـدة يتبعـون أنظمة الأكل للحد من تناول الكربوهيـدرات Kadlic et al., 2004 . وقـد انخفـض هـوس الأنظمة الغذائية منخفضة الكربوهيدرات منذ عام 2004. حيث وجـدت دراسـة في المجلـة البريطانية الطبية أن الأنظمة الغذائية الأكثر فعالية هي التي تحتـوى عـلى الكربوهيـدرات والـدهون والبروتـين، مـع انخفـاض السـعرات الحراريـة Sacks et al., 2009 . وظهـرت جراحات شفط الدهون بوضع كيس تحت الجلـد مبـاشرة ، وتـدبيس المعـدة تغـير حجـم المعدة جراحيًا بحيـث لا تسـتطيع هضـم كميـة كبـيرة مـن الطعـام بـالرغم مـن المخـاطر المصاحبة لهما Brownell & Horgen, 2003 .

وأشارت الدراسـات إلى أن نسـبة النسـاء المتبعـات للأنظمـة فى الأكـل أكـبر مـن نسـبة الرجال. وتزداد تلك النسـبة بـين البـيض ونسـاء الطبقـات الاجتماعيـة الراقيـة، وهـي نفـس المجموعة التي يزداد فيها معدل فقد الشهية العصبي. فحدوث اضطرابات الغـذاء عـادة مـا يسبقه اتباع نظام غذائي والقلق من زيادة الـوزن مـما يـدعم فكـرة أن المعـايير الاجتماعيـة المؤكدة علي أهمية النحافة تؤدي دورا في الإصابة بتلك الاضطرابات فى الأكل Killen et al., 1994; Rubinstein et al., 2010; Stice, 2001

ومن المحتمل أن النساء اللاتي يعانين زيادة الوزن أو يَخفن من السمنة ألا يتمتعن بالرضا عن أجسامهن. فوجدت الدراسات أن النساء ذوات معدل كتلة للجسم مرتفع وعدم رضا عن شكل الجسم تزداد لديهن احتمالات الإصابة باضطرابات الأكل Fairburn et al., 1997; Killen et al., 1996 ، أيضا فإن الانشغال بالنحافة أو الشعور بالضغط للوصول للنحافة يزيد من عدم الرضا عن الجسم لدي الفتيات المراهقات Killen et al., 1996 ، مما يؤدي بدوره للحد من تناول الطعام وتولد المشاعر السلبية. فالانشغال بالنحافة وعدم الرضا عن الجسم يزيد من احتمال الإصابة باضطرابات الأكل Stice, 2001 . وهذه العوامل واضحة في حالة "جيل" التي سبق التحدث عنها. وأخيراً فإن التعرض لإغراء وسائل الإعلام التي تروج العارضات النحيفات يؤثر علي درجة رضا السيدات عن أجسامهن. وقامت دراسة باستعراض نتائج نحو 25 تجربة تم فيها تقديم صور لعارضات أزياء نحيفات للسيدات، ثم سؤالهن بعد ذلك عن مدي الرضا عن أجسامهن، وكانت النتيجة عدم رضا هؤلاء النساء عن أجسامهن بعد رؤية صور العارضات Groesz, Levine, & Murnen, 2002 . أما بالنسبة للرجال فإن الجسم المثالي يتعلق بالعضلات المفتولة أكثر من النحافة. فأظهرت دراسة أخري عدم قبول شكل الجسم كلما اتسعت الفجوة بين الجسم الحقيقي والجسم الخيالي مفتول العضلات الذي يظهر في صور الرجال ذوي العضلات البارزة Leit, Gray, & Pope, 2002 .

وتعتبر النحافة أحد المثاليات الاجتماعية الثقافية التي يدعو لها الأفراد للخوف من أو حتى الشعور بالسمنة، حيث إن ذلك غالبا ذو تأثير كبير في حالتي "لين" و"جيل". فبالإضافة إلي تكوين جسم غير مرغوب فيه، فإن الدهون لها ارتباطات سلبية تتعلق بالفشل وعدم القدرة علي التحكم أو السيطرة. فينظر للبدين علي أنه أقل ذكاء، ووحيد، وخجول، ويحتاج لعطف الآخرين DeJong & Kleck, 1986 . حتى إن المتخصصين في السمنة أنفسهم أشاروا لاعتقادهم في أن البدناء يتميزون بالكسل، والغباء، وقلة الحيلة Schwartz et al., 2003 . فالحد من الوصمة المرتبطة بزيادة الوزن سيكون مفيدا لأولئك الذين يعانون اضطرابات الأكل وكذلك السمنة.

فالأمر لا يقتصر على الخوف من الدهون المساهمة في علم الأكل المرضي، ولكن في الآونة الأخيرة وجد أن زيادة الاحتفالات بالنحافة الشديدة خلال مواقع الانترنت، والمدونات، والمجلات أيضًا تؤدي دورًا كبيرًا. فالمواقع التي تدعي pro-ana اختصار لكلمة anorexia فقدان الشهية أو تدعي pro-mia اختصار لكلمة bulimia الشره أو المواقع الأخرى للمدونات التي تدعى thinsperation لتشجيع السيدات ودعمهن على طلب طرق لفقدان الوزن، وغالبا ما تكون ذات مستويات منخفضة الخطورة. في كثير من الأحيان تضيف هذه المواقع الصور للنساء المشهورات ذات النحافة لتكون مصدرا لتشجيع

الأخريات. وقد تناقش بعض السيدات بشكل علني على هذه المواقع نضالهن مع اضطرابات الأكل مثل الممثلة "كريستينا ريتشي" ، والبعض الآخر يرفضن ذلك.

وقد كشفت دراسة حديثة عن تأثير مواقع "ما قبل اضطراب الأكل" pro-eating disorder أن السيدات اللاتي تزرن هذه المواقع يشعرن بعدم الرضا عن أجسامهن، وأكثر أعراضاً لاضطراب الأكل Rouleau & von Ranson, 2011 . ولتوضيح أن نمط العلاقة سببي أم ارتباطي، قام الباحثون بتوزيع سيدات أصحاء على مجموعتين، الأولي تري مواقع "ما قبل اضطراب الأكل"، والمجموعة الأخرى ترى مواقع للصحة أو السياحة Jett, La, Perte, & Wanchism, 2010 . وجاءت النتائج لتكشف عن أن السيدات في المجموعة الأولى أصبحن أكثر تقيدًا في طعامهن مقارنة بالمجموعة الأخرى. ومن ثم تقترح الدراسة أن رؤية هذه المواقع تزيد من الاحتمالية السلبية لتغيرات في سلوك الأكل.

تأثيرات النوع:

لقد ناقشنا حقيقة أن اضطرابات الأكل هي أكثر شيوعا بين النساء مقارنة بالذكور. وأحد الأسباب الرئيسة لانتشار اضطرابات الأكل بين النساء بشكل أكبر هو ناتج من تغير المعايير الثقافية الغربية للنحافة خلال الخمسين سنة الماضية، واليوم يعزز الرغبة في أن تكون النحافة في السيدات أكثر منها في الرجال.

هناك عامل اجتماعي ثقافي آخر يلاحظ مقاومته للتغيير، ويسمى هذا العامل the objectification of women’s bodies بمعنى كينونة جسد المرأة. حيث كثيرا ما ينظر إلى أجساد النساء من خلال العدسة الجنسية؛ في الواقع، يتم تعريف النساء من قبل أجسادهن، بينما الرجال يتم تقديرهم في ضوء إنجازاتهم. ووفقا لنظرية "الكينونة" Fredrickson & Roberts, 1997 ، أدى انتشار رسائل الكينونة في الثقافة الغربية في التلفزيون، والإعلانات، .... الخ إلى جعل بعض النساء يحدث لهن "كينونة الذات" self-objectify، وهو ما يعني أنهن يرين أجسامهن من خلال عيون الآخرين. وقد أظهرت الأبحاث أن حدوث "كينونة الذات" تسبب شعور النساء بمزيد من الوصمة حول أجسادهن. وبالتالي فمن المرجح أن تعاني النساء وصمة الجسم عندما يرين عدم تطابق بين كينونة الذات المثالية والنظرة الثقافة. وقد أظهرت الأبحاث أيضا أن كلا من "كينونة الذات" وخجل الجسم يرتبط مع اضطرابات الأكل Fredrickson et al.,1998; McKinley & Hyde, 1996; Noll & Fredrickson, 1998 .ويزداد الاستهداف لاضطرابات الأكل بين فئات خاصة من السيدات اللاتي يتوقع لديهن قلق بشكل خاص من الوزن، مثل عارضات الأزياء، والراقصات، واللاعبات، كما في حالة "جيل" Graner et al., 1980 .

هل تختفي اضطرابات الأكل والقلق من الوزن لدى السيدات الأكبر سنًا؟ ففي إحدى الدراسات التتبعية لمدة عشرين سنة لأكثر من 600 رجل وسيدة، ذكرت أن هناك اختلافات جوهرية في أنظمة الغذائية المتبعة، وعوامل الاستهداف لاضطراب الأكل بين الرجال والنساء Keel et al., 2007 . وقد تم تتبع متغيرات خاصة بالنظام الغذائي، ومعدل كتلة الجسم، والوزن، وصورة الجسم، وأعراض اضطراب الأكل. وقد تم تسجيل هذه المتغيرات على مدى عشرين سنة، وجاءت النتائج لتكشف عن أن اتباع النساء الأكبر سنًا لنظام غذائي أقل، وأصبحن أقل اهتماما بالوزن وصورة الجسم مقارنة بأنفسهن أثناء الأصغر سنًا، بالرغم من أنهن أصبحن في الواقع أكثر وزنًا مما قبل، بالإضافة إلى ذلك، انخفضت أعراض اضطرابات الأكل على مدى 20 سنة للنساء. على النقيض من ذلك، كان الرجال أكثر قلقا بشأن وزنهم واتباع نظام غذائي وأكثر مما قبل. كما انخفض دور عوامل الخطر مثل صورة الجسم واتباع نظام غذائي في ظهور أعراض اضطراب الأكل لدى الرجال.

الدراسات عبر الثقافية: الأدلة على اضطرابات الأكل بين الثقافات تعتمد على نوع الاضطراب. حيث لوحظ شيوع اضطراب فقدان الشهية بين عدد من الثقافات والبلدان إلى جانب الولايات المتحدة؛ فعلى سبيل المثال، في هونغ كونغ، والصين، وتايوان، وإنجلترا، وكوريا، واليابان، والدنمارك، ونيجيريا، وجنوب إفريقيا، وزيمبابوي، وإثيوبيا، وإيران، وماليزيا، والهند، وباكستان، واستراليا، وهولندا، ومصر Keel & Klump, 2003 . وعلاوة على ذلك، فقد تم توثيق حالات قليلة من فقدان الشهية في الثقافات الغربية. كما يجب أخذ نقطة مهمة في الاعتبار، وهي أن فقدان الشهية في هذه الثقافات المتنوعة لا يحتوى على خوف شديد ودائم من زيادة الوزن أو السمنة، التي هي جزء من معايير الدليل التشخيصي الرابع المعدل DSM-IV-TR. وبالتالي، فمن المرجح أن الخوف الشديد من السمنة يعكس مثالية متبناة على نطاق واسع في الثقافات الغربية. على سبيل المثال، وصف "لي" Lee 1994 اضطرابا مماثلا لفقدان الشهية العصبي موجودا في هونج كونج، يشتمل على الهزال الشديد، ورفض الطعام، وانقطاع الطمث، ولكن ليس الخوف من أن يصبح الفرد سمينًا. فهل يوجد تنوع ثقافي لفقدان الشهية أو أي اضطراب مختلف، مثل الاكتئاب؟ يمثل هذا السؤال أحد التحديات التي تواجه الباحثين عبر الثقافات Lee et al., 2001 . ففي الواقع، نجد بعض الثقافات الأخرى ترى أن زيادة الوزن بين النساء وخصوصا الأغنياء علامة على الخصوبة والصحة Nasser, 1988 . والتباين الواسع في الأعراض السريرية لفقدان الشهية عبر الثقافات يوفر لنا نافذة على أهمية الثقافة في وجهات نظر الواقعية في مقابل وجهات نظر المأمولة عن الجسم. بالرغم من أن هناك أدلة حول أن التباين الثقافي داخل الثقافة ذاتها يختلف عندما نركز على اضطرابات الأكل. وقد وجدت دراسة تتبعية

لاضطرابات الأكل لمدة 20 سنة في هونج كونج، أن هناك أدلة على تأثير الثقافة الغربية في كل من انتشار ووجود اضطرابات الأكل Lee et al., 2010 . أولاً: فكل من فقدان الشهية والنهم يشيع بمعدل مرتين في 2007 أكثر من عام 1987. ثانيًا: أكثر من 25% من السيدات سجلن عدم رضا عن أجسامهن والخوف من السمنة في 2007 مقارنة 1987. لهذا يتضح أنه في فترة زمنية من الوقت، أصبحت اضطرابات الأكل في هونج كونج متشابهة إلى حد مع الثقافة الغربية.

ملمح آخر لاضطرابات الأكل التي يمكن أن تتأثر بشدة من جراء المعايير المثالية الثقافة الغربية حول الجمال والنحافة هو صورة الجسم. ففي إحدى الدراسات المدعمة لفكرة الاختلافات بين الثقافات في إدراك صورة الجسم. وجدت فروق بين طلاب الجامعة الأوغنديين والبريطانيين في تقييم الجاذبية من خلال رسومات تتدرج من النحافة الشديدة إلى البدانة المفرطة Furnham & Baguma, 1994 . حيث سجل الطلاب الأوغنديون تقييم الإناث اللاتي يتصفن بالبدانة المفرطة على أنهن أكثر جاذبية مقارنة بالطلاب البريطانيين.

وينتشر اضطراب النهم العصبي في المجتمعات الصناعية، مثل الولايات المتحدة، وكندا، واليابان، واستراليا، وأوربا أكثر من المجتمعات غير الصناعية. وبالرغم من أن بعض الثقافات تخضع لتغيرات اجتماعية ترتبط بالاعتماد على الممارسة أكثر من الثقافات الغربية، خاصة في الولايات المتحدة Watters, 2010 ، فترتفع نسب الإصابة بالنهم Abou-Saleh, Younis, & Karim, 1998; Lee et al., 2010; Nasser, 1997 . ومن الاستعراض الشامل للثقافة واضطرابات الأكل توصل الباحثون إلى أن السنوات العشر الماضية لا نجد دليلا على اضطراب النهم خارج الثقافة الغربية Keel & Klump, 2003 . فمن الضروري تبين هل حدث تغيرات في السنوات العشر القادمة.

الاختلافات العرقية: في الولايات المتحدة، سجل في وقت ما أن معدل الإصابة بفقدان الشهية يبلغ ثمانية أضعاف لدى النساء البيض مقارنة بالنساء ذوات البشرة الملونة Dolan, 1991 . والدراسات الأحدث لا تدعم هذه الفروق. واقعيًا هناك اختلافات كبيرة إلى حد ما في معدل الإصابة باختلالات الأكل وعدم الرضا عن الجسم بين كل من النساء البيض والنساء السود Grabe & Hyde, 2006; Perez & Joiner, 2003 . ولكن الخلافات الفعلية في اضطرابات الأكل، ولاسيما في النهم العصبي لا تبدو كبيرة Wildes, Emery, & Simons, 2001 . بالإضافة إلى ذلك، أعظم الفروق بين النساء البيض والسود في أمراض اضطراب الأكل تظهر أكثر وضوحا في عينات طلاب الجامعة؛ في حين تقل الفروق في المدارس الثانوية أو عينات المجتمع غير العيادية Wildes et al., 2001 . وأخيرا، وجدت نتائج تحليل الدراسات أن أوجه الشبه أكثر من

الاختلافات في عدم الرضا عن الجسم بين المجموعات العرقية في الولايات المتحدة Grabe & Hyde, 2006 . فالنساء البيض والنساء الإسبانيات سجلن أعلى عدم الرضا عن الجسم مقارنة بالنساء الأميركيات من أصول إفريقية، ولكن لا فروق عرقية أخرى تم اكتشافها بشكل يتمتع بالثبات.

بينما لوحظت الاختلافات في الولايات المتحدة في بعض المناطق، حيث أظهرت الدراسات تكرار اتباع نظام غذائي بين الفتيات المراهقات البيض مقارنة بالفتيات المراهقات الأميركيات من أصول إفريقية، ومن المرجح أن يكن غير راضيات عن أجسادهن Fitzgibbons et al., 1998; Striegel-Moore et al., 2000 . فالعلاقة بين مؤشر كتلة الجسم وعدم الرضا عن الجسم تختلف أيضًا باختلاف العرق. وبالمقارنة لمراهقين أميركيين من أصول إفريقية، وجد أن المراهقين البيض أكثر غير رضاء عن أجسامهم كما ارتفع مؤشر كتلة الجسم Striegel-Moore et al., 2000 . كما لوحظ بالفعل، أن كلا من اتباع نظام غذائي وعدم الرضا عن الجسم يرتبط بزيادة الاستهداف لتطوير اضطراب الأكل. وفي الواقع، وجدت إحدى الدراسات أن النساء البيض من ذوات اضطراب شراهة الأكل يكن غير راضيات عن أجسامهن بصورة أكبر من النساء الأميركيات من أصول إفريقية من ذوات اضطراب شراهة الأكل، كذلك تُعد النساء البيض أكثر عرضة لتاريخ من النهم العصبي مقارنة بالنساء الأميركيات من أصول إفريقية Pike et al.,2001 .

كذلك تُعد الحالة الاقتصادية الاجتماعية من العوامل المهمة أيضًا Caldwell, Brownell, & Wilfley, 1997; French et al., 1997 . والذي يؤكد ذلك انتشار النحافة واتباع نظام غذائي بين النساء البيض من ذوات الطبقات الاجتماعية الاقتصادية المرتفعة والمتوسطة مقارنة بالسيدات ذوات الحالة الاجتماعية والاقتصادية الدنيا، وكذلك في انتشار اضطراب الأكل المرضي e.g., Story et al., 1995; Striegel-Moore et al., 2000 . بالإضافة إلى ذلك، التثقيف acculturation - هو إلى أي مدى يستوعب الفرد ثقافته الخاصة مع ثقافة جديدة - الذي يُعد متغيراً مهمًا آخر يجب النظر إليه. فهذه العملية تكون في بعض الأحيان شاقة جدا. حيث وجدت دراسة حديثة أن العلاقة بين عدم الرضا عن الجسم والنهم العصبي كانت أقوى بين طلاب الجامعات الأمريكية من أصل إسباني وإفريقي، الذين سجلوا مستويات مرتفعة من مشقة التثقيف مقارنة مع أولئك الطلاب الذين سجلوا أقل مستويات من هذا النوع من المشقة Perez et al., 2002 .

وأخيرا، فالقليل جدا هو المعروف عن انتشار اضطرابات الأكل بين النساء الأميركيات اللاتينيات أو الأصليات، ويظل هذا يدعو إلى مزيد من حاجة التركيز عليها في البحوث. فالبيانات من دراسة وبائية حديثة من النساء اللاتينيات وجد شيوع اضطراب الشراهة في الأكل لدي سن 18 سنة أو أكثر من انتشار اضطراب النهم العصبي، لكن

معـدلات انتشار الاضطرابيين على سواء كانت مماثلة لدى النساء القوقازيات Alegria et al., 2007 . وينتشر تشخيص النهم العصبي بين النساء اللاتي يعشن في الولايات المتحدة منـذ عـدة سنوات مقارنة باللاتي هاجرن حديثًا، مما يشير إلى الدور الـذي يؤديـه عامـل التثقيـف. وعـلى النقيض من اضطرابات الأكل الأخرى، يُعد فقدان الشـهية العصـبي نـادرا حدوثـه بـين النسـاء اللاتينيات فقط 2 من كل 2.500 النساء ممن لهن تاريخ فقدان الشهية خلال حياتهن .

وبالإضافة إلى الاختلافات العرقية في اضطرابات الأكل، ينبغي الاهتمام أيضًـا نحـو دراسـة دور المعتقدات النمطية عن الثقافة العرقية في اضطرابات الأكل. وجدت إحـدى الدراسـات أن طلاب الجامعة الذين قرأوا دراسة حالة خيالية عن امرأة بأعراض اضطرابات الأكل كـانوا أكـثر عرضة لعزو اضطراب الأكل للمرأة نفسها، خاصة إذا كان ثقافتها العرقية تؤكد ذلك كـما لـدى القوقازيين عند مقارنتهم بالأمريكيين من أصل إفريقي أو من أصل إسباني Gordon, Perez, & Joiner, 2002 . وبعبارة أخرى، فإن الأعراض التي صنفت طبقًـا للمعـايير الإكلينيكيـة تُعـد ضرورية فقط عند وجود الحالات من البيض، وليس للأمريكيين مـن أصـل إسـباني أو إفريقـي، بالرغم من تطابق التفاصيل. بالرغم من ذلـك يبقـى أن نـرى مـا إذا كـان العـاملون في مجـال الصحة العقلية أيضًا يحملون نفس الأفكار النمطية عند إجـراء تقيـيمات إكلينيكيـة، لأنـه قـد يتسبب في تجاهل الأعراض بسهولة أكبر بين السيدات غير القوقازيات.

العوامل الأخرى المسـاهمة كأسـباب لاضـطرابات الأكـل Other Factors Contributing to the Etiology of Eating Disorders:

تأثيرات الشخصية :

رأينا سابقا أن الاختلافات البيولوجية العصبية تحدث نتيجة اضطرابات الأكل. ولكـن من المهم أيضًا اعتبار اضطرابات الأكل نفسها قد تؤثر في الشخصية. ففي إحدى الدراسات عن تعريض سجناء الرأي الهـاربين مـن التجنيـد للجـوع خـلال الأربعينيـات مـن القـرن الماضي، وجـدت أن شخصـية المـرضي الـذين يعـانون اضـطرابات الأكـل – فقـدان الشـهية العصبي بصورة خاصة – تتأثر بفقدان الوزن Keys et al., 1950 . فعلي مـدار 6 أسـابيع تم إعطاء السجناء وجبتين في اليوم حوالي 1500 سـعر حـراري حتـى تتشـابه مـع وجبـات المعتقلات. وقد فقد الأفراد بمعدل 25% من أوزانهم، وأصبحوا دائمـي الانشـغال بالطعـام، وزاد لديهم الشعور بالإعيـاء، وضـعف التركيـز، وفقـد الشـهوة الجنسـية، والقلـق، والأرق واعتلال المـزاج. كـما أصـيب أربعـة مـنهم بالاكتئـاب، وأصـيب أحـدهم باضـطراب ثنـائي القطـب. وبهـذا يوضـح البحـث كيـف أن الحرمـان مـن الطعـام لـه تـأثير شـديد عـلي

الشخصية والسلوك، مما يجب أن يؤخذ في الاعتبار عند تقييم شخصيات مرضي اضطراب فقدان الشهية ومرضى النهم العصبي.

وعليه قام بعض الباحثين بجمع تقارير عن شخصيات المرضي قبل تعرضهم لفقدان الشهية العصبي، فأشارت التقارير إلى أن هؤلاء المرضي كانوا يتمتعون سابقا بالمثالية، والخجل، والالتزام قبل نشأة المرض. أما مرضي النهم العصبي فظهرت لديهم صفات الميل لجذب الاستعطاف، وعدم الاستقرار والانفتاح علي المجتمع Vitousek & Manke, 1994 . إلا أن التقارير ذات الأثر الرجعي والتي يقوم فيها المرضي وعائلاتهم بتذكر حالة الفرد قبل ظهور المرض تعتبر غير دقيقة ومتحيزة نظرًا للعلم بحالة المريض الراهنة.

وهناك دراسات أخري تناولت السمات الشخصية قبل ظهور المرض، فقامت إحداها بدراسة 2000 طالب في إحدى مدارس ضواحي مينيا بوليس من خلال اختبارات علي مدار 3 سنوات متتالية، وكان أحد الاختبارات يتعلق بالسمات الشخصية وارتباطها باضطرابات الأكل بناء علي استبيان اضطرابات الأكل. وفي السنة الأولي تم دراسة التالي كمنبئات للاضطرابات: درجة عدم الرضا عن شكل الجسم، ودرجة وعي الأفراد، وقدرتهم علي التمييز بين الحالات البيولوجية المختلفة لأجسامهم، ودرجة الميل إلي المشاعر السلبية Leon et al.,1999 . وفي السنة الثالثة وجد أن تلك المتغيرات ذاتها غالبا ما تتنبأ باضطرابات الأكل Leon et al., 1999 . ووجدت دراسة حديثة أخري أن المثالية الكمالية غالبا ما ينشأ عنها اضطراب فقدان الشهية العصبي لدي المراهقات Tyrka et al., 2002 .

وهناك أبحاث إضافية فحصت العلاقة بين المثالية الكمالية perfectionism وفقدان الشهية العصبي. فالمثالية ذات أوجه متعددة؛ ويمكن أن تكون موجهة نحو الذات وضع معايير عليا للذات ، أو تكون موجهة نحو الآخرين وضع معايير عليا للآخرين ، أو نحو المجتمع وضع معايير عليا لتلائم المعايير التي يفرضها الآخرون . وتوصلت مراجعة دراسات متعددة إلى أن المثالية الكمالية - بغض النظر عن كيفية قياسها - مرتفعة بين الفتيات المصابات بفقدان الشهية العصبي مقارنة بالفتيات غير المصابات، ولاتزال المثالية مرتفعة بين الفتيات حتى بعد نجاح العلاج Bardone-Cone et al.,



التقييد الحاد في تناول الأطعمة يكون لها آثار عميقة على السلوك والشخصية

2007 وجدت دراسة متعددة الجنسيات أن مرضي فقدان الشهية العصبي كانوا أعلي في المثالية الموجهة نحو الذات، والموجهة نحو الآخرين بدرجة أكبر من الأفراد العاديين Halmi et al., 2000 . وأخيراً فإن أمهات الفتيات المصابات بفقدان الشهية العصبي يظهرن درجات أعلي من المثالية عن الأمهات العاديات. وبهذا فإن الرغبة في الكمال لها مكون وراثي قد يعرض الفتيات للإصابة بفقدان الشهية العصبي Woodside et al., 2002 . وبالرغم من ضرورة تكرار مثل تلك الدراسات، إلا أنها تشير إلى أن الذي ينتقل وراثيا في فقدان الشهية العصبي هو الرغبة في المثالية الكمالية التي تزيد من احتمالات الإصابة بالاضطراب، أكثر من انتقال الاضطراب نفسه.

خصائص الأسر:

اختلفت نتائج الدراسات التي تناولت خصائص أُسر مرضي اضطرابات الأكل، ويرجع ذلك جزئيًا لاختلاف طرق جمع البيانات ومصادر المعلومات. فعلي سبيل المثال تشير التقارير الذاتية إلي اعتراف مرضي اضطرابات الأكل بوجود صراعات ومشكلات أسرية e.g., Bulik, Sullivan, et al., 2000; Hodges, Cochrane, & Brewerton, 1998 إلا أن التقارير التي يتم جمعها من الآباء قد تنكر وجود تلك المشكلات.

وتسهم خصائص الأسرة في تطور الاستهداف لاضطرابات الأكل، إلا أن اضطرابات الأكل تؤثر أيضًا علي المناخ الأسري. وقامت إحدى الدراسات علي مرضي اضطرابات الأكل وآبائهم بعمل اختبارات لقياس درجة التصلب، والمودة، والعاطفة الزائدة، والتعليقات الناقدة، والعداوة Dare et al., 1994 . فظهرت نتائج متباينة في درجة التعلق بالأبناء، كذلك جاءت الأسر منخفضة الصراع انخفاض مستويات النقد والعدائية . وفي دراسة أخرى تم تقييم أسر المرضى قبل وبعد العلاج، فظهر تحسن الوظيفة الأسرية بعد العلاج Woodside et al., 1995 . وأخيراً، فحصت إحدى الدراسات التوائم المتماثلة المختلفة في إصابتهم بمرض النهم العصبي أحد التوائم مصاب والآخر غير مصاب ، فقرر التوائم المصابين باضطراب النهم العصبي وجود درجة أكبر



قرر الأفراد ذوي اضطرابات الأكل وجود صراعات داخل حياتهم الأسرية

من الاختلاف مع عائلتهم أكثر مما هى الحال في غير المصابين. ونظرًا لأن مثل هذه الدراسة تقوم علي التقارير باستعادة أحداث الماضي، فإنه من غير الواضح ما إذا كان الاختلاف مع العائلة هو أحد أسباب اضطرابات الأكل أم أحد نواتجه.

ولفهم أفضل لدور وظيفة الأسرة، يجب دراسة تلك الأسر عن طريق الملاحظة وليس التقارير الذاتية فقط. فبالرغم من أهمية إدراك المراهق لخصائص أسرته، فإنه ينبغي أن نبحث مدي تطابق ذلك مع إدراك الآخرين من أسرته. وفي إحدى الدراسات القليلة القائمة على الملاحظة، لم يظهر لدي آباء مرضي اضطرابات الأكل اختلافًا عن آباء المجموعة الضابطة، حيث لم تختلف المجموعتان في التعليقات الإيجابية أو السلبية التي يعطونها لأبنائهم، وكان آباء الأبناء ذوي الاضطرابات أكثر صراحة من المجموعة الضابطة. وبالرغم من ذلك أظهر آباء المرضي نقصا في مهارات التواصل مثل القدرة علي طلب توضيح العبارات الغامضة van den Broucke, Vandereycken, & Vertommen, 1995 وهذه الدراسة مع غيرها من البيانات عن خصائص الأسر سوف تساعد علي معرفة ما إذا كانت الخصائص الأسرية الحقيقية أو التي يدركها المرضي لها علاقة باضطرابات الأكل.

إساءة معاملة الأطفال واضطرابات الأكل:

أظهرت بعض الدراسات من خلال التقارير الذاتية أن حالات الاعتداء الجنسي أثناء الطفولة تزيد لدي مرضي اضطرابات الأكل عن الأفراد بدون اضطرابات الأكل، وذلك بصفة خاصة في النهم العصبي Deep et al., 1999; Webster & Palmer, 2000 . وكما وصفنا في الفصل الثامن، فإن بعض الأبحاث تشير إلى ذكريات سوء المعاملة يتم الإفصاح عنها أثناء العلاج، ومن الملاحظ ارتفاع معدلات الاعتداء الجنسي بين مرضي اضطرابات الأكل الذين يخضعون للعلاج أو الذين لا يخضعون Romans et al., 2001; Wonderlich et al., 1996, 2001 . ولكن مازال الدور الذي يؤديه الاعتداء الجنسي في مرحلة الطفولة كسبب لاضطرابات الأكل غير مؤكد. علاوة علي ذلك فإن مثل هذه الاعتداءات قد تظهر أيضًا لدي أفراد يعانون اضطرابات أخري، لذلك فإن كان هذا المتغير له دور فهو ليس مقتصرًا علي اضطرابات الأكل فقط Fairburn, Cooper, et al., 1999; Romans et al.,2001

ووجدت الأبحاث معدلات أعلي من الاعتداءات الجسدية بالطفولة بين الأفراد ذوي اضطرابات الأكل. وهذا يقترح أن الدراسات المستقبلية يجب أن تركز علي مدي كبير من الاعتداءات. بالإضافة لذلك فإن البعض يشير إلى أن وجود أو غياب تلك الاعتداءات

يعتبر أحد المتغيرات العامة. فالاعتداء في سن صغيرة متضمنًا العنف، وعـن طريـق أحـد أفـراد العائلة، تكون له علاقة أقوي عن الاعتداءات الناتجة مـن أي نـوع آخـر Everill & Waller, 1995 .

ملخص سريع :

العوامل الاجتماعية الثقافية، بما في ذلـك انشـغال المجتمـع بالنحافـة، قـد تـؤدي دورا في اضطرابات الأكل. هذا الانشغال يرتبط بجهود اتباع نظـام غـذائي. وعـادة فاتبـاع نظـام غـذائي يسبق تطوير اضطرابات الأكل بين كثير من الأفراد. وبالإضافة إلى ذلك، فالانشغال بالنحافة كما تصوره وسائل الإعلام من تقديم نماذج نحيفة عـلى أغلفـة المجـلات، يتوقـع معـه زيـادة عـدم الرضا عن الجسم، والتي تسبق أيضا تطوير اضـطرابات الأكـل. وتسـهم الوصـمة المرتبطـة مـع زيادة الوزن أيضا. وتكون النساء أكثر عرضة للإصـابة باضـطرابات الأكـل مـن الرجـال. ويظهـر حدوث اضطراب فقدان الشهية في كثير مـن الثقافـات؛ ويبـدو الشره العصـبي أكـثر شـيوعا في البلدان الصناعية والمجتمعات الغربية. وتُعد اضطرابات الأكل أكثر شـيوعا بـين النسـاء البـيض من النساء ذوات البشرة الملونة، خاصة في ظل وجود عينات من طلاب الجامعة.

كشـفت الدراسـات عـن الخصـائص الشخصـية أن المثاليـة تـؤدي دورا. ومـن الخصـائص الشخصية الأخرى التي تتنبأ باختلالات الأكل عبر 3 سنوات نجد عدم الرضا عن الجسم، ومدى تميز الحالات البيولوجية لأجسامهم، والمرور بخبرة من الوجـدان السـلبي. اخـتلالات العلاقـات الأسرية شائعة إلى حد ما بين الأفراد الذين يعانون اضطرابات الأكل، ولكن هذا يمكن أن يكون نتيجة لاضطرابات في الأكل، ولـيس بـالضرورة سـببًا لـذلك. ارتفـاع معـدلات الاعتـداء الجـنسي وجـدت بـين الأفـراد ذوي اضـطرابات الأكـل، ولكنهـا ليسـت عوامـل خطـر محـددة لتطـوير اضطرابات الأكل.

علاج اضطرابات الأكل Treatment of Eating Disorders:

الدخول للمستشفي الذي يتم أحيانا بالإجبار هو ما يحتاج إليه مريض فقدان الشـهية العصبي، حتى تتم زيادة كمية الطعام المتناول تدريجيًا، وكان هذا ضروريًـا في حالـة "لـين". وقد يحتاج الأمر إلي التغذية الوريدية لإنقاذ حياة المـريض، كـذلك يجـب عـلاج المضـاعفات الصحية الناتجة عن فقدان الشهية العصبي كاضـطراب نسـبة الأمـلاح. وبالنسـبة لكـل مـن فقدان الشهية العصبي والنهم العصبي يتم استخدام العلاجات الدوائية والعلاج النفسي.

العلاج الدوائي:

لأنـه عـادة يـرتبط اضـطراب الـنهم العصـبي بالاكتئـاب، فإنـه يـتم علاجـه بمضـادات الاكتئـاب كالفلوكسـتين fluoxetine بـروزاك Prozac . وفي دراسـة ذات مراكـز علاجيـة متعددة، تم علاج 387 سيدة دون احتجازهن في المستشـفي عـلي مـدار 8 أسـابيع. فـأظهر الفلوكسيتين كفاءته في تقليل شره الأكل والقيء، كما أنه خفض مـن الاكتئـاب والاتجاهـات المشـوهة تجـاه الطعـام والأكـل بشـكل يفـوق اسـتخدام عـلاج البلاسـيبو. وأكـدت معظـم الدراسات - التي تحتوى عـلى دراسـات التعميـة المزدوجـة باسـتخدام مجموعـات ضـابطة بعلاج وهمي - كفاءة مضادات الاكتئاب في تقليل نوبات الشره في الأكل وعمليات التطهـير حتـى بـين المـرضي الـذين لم يسـتجيبوا مـن قبـل للعـلاج الـنفسي Walsh et al., 2000; Wilson & Fairburn, 1998; Wilson & Pike, 2000 .

وعلي الجانب السلبي، فإن عدد المرضي المتسربين من العلاج بالأدويـة في الـنهم العصـبي أكبر من مرضي العلاج السلوكي المعـرفي Fairburn, Agras, & Wilson, 1992 . ففـي دراسـة للعلاج بالفلوكسيتين في عدة مراكز انقطع ما يقرب مـن ثلـث المـرضي عـن العـلاج قبـل نهايـة الأسبوع الثامن، وكان السبب الرئيس في ذلك هو الآثار الجانبية للدواء، ويأتي هذا بالمقارنة مع معدل أقل من 5% في حالة العلاج السـلوكي المعـرفي Agras et al., 1992 . عـلاوة عـلي ذلـك فإن معظم المرضي يتعرضون لانتكاسة عند التوقف عن استخدام مضادات الاكتئاب Wilson & Pike, 2001 . كما هى الحال في الأدوية النفسية. فهناك دلائل علي أن الميل للانتكاس يقـل إذا تم إعطاء مضادات الاكتئاب في سياق العلاج السلوكي المعرفي Agras et al., 1994 .

واستخدمت الأدوية أيضًا في علاج فقدان الشهية العصـبي لكنهـا لم تحقـق نجاحـا كبـيرًا، نظرًا لعدم وجود نسبة كبيرة من الأدوية التي قد تؤدي لزيادة ملحوظة في الوزن، أو تغير مـن أعراض فقدان الشهية العصبي، أو تحسن مـن الطـرق التقليديـة للعـلاج داخـل المستشـفيات Attia et al., 1998; Johnson, Tsoh & Varnado, 1996 . أما عن العلاج الدوائي لاضطراب الشراهة في الأكل فلم يدرس بعد. وتشير الأدلة القليلة إلى أن مضادات الاكتئاب ليسـت فعالـة في تقليـل نوبـات الشره أو فقـدان الـوزن Grilo, 2007 . أمـا المحـاولات الحديثـة لاسـتخدام الأدوية المضادة للسمنة، مثل سـيبوترامين sibutramine واتومكيسـيتين atomoxetine، فقـد أظهرت بعض النتائج الواعدة في اضطراب الشراهة في الأكل، ولكن مازال هناك حاجة للتجارب الإكلينيكية.

العلاج النفسي لاضطراب فقدان الشهية العصبي:

لا توجد الكثير من الأبحاث عن العلاج النفسي لفقدان الشهية العصبي، وإن كنا سنعرض لأكثر مناهج العلاج النفسي الواعدة والفعالة في علاج هذا الاضطراب المهدد لحياة المريض.


العلاج الأسري يمثل نمط أساسي في علاج اضطراب فقدان الشهية العصبي

فعلاج فقدان الشهية العصبي عبارة عن عملية ذات مستويين. والهدف الأساسي هو مساعدة المريض علي زيادة وزنه لتفادي المضاعفات الصحية وخطر الوفاة، فغالبًا ما يكون المريض ضعيفًا ومضطربًا نفسيًا؛ لذلك يكون دخول المستشفي ضرورة طبية فهي علي الأقل وسيلة للتأكد من أن المريض سيتناول بعض الطعام . وقد حقق العلاج الخاص بسلوك الاشتراط الإجرائي نجاحًا إلي حد ما في زيادة الوزن علي المدي القريب Hsu, 1990 . والهدف الثاني من أهداف العلاج هو الحفاظ علي الوزن المناسب حيث يمثل هذا الهدف تحديًا للمعالجين.

وبجانب زيادة الوزن الفوري، ينطوي العلاج النفسي لفقدان الشهية أيضًا على العلاج السلوكي المعرفي CBT . وقد أوضحت إحدى الدراسات أن الجمع بين العلاج في المستشفى مع العلاج السلوكي المعرفي يؤدي إلى تخفيض استمرار العديد من أعراض فقدان الشهية لمدة تصل إلى سنة بعد العلاج Bowers & Ansher, 2008 .

ويعتبر العلاج الأسري جزءًا أساسيًا من العلاج النفسي بناء علي فكرة أن التفاعل بين أفراد العائلة يمكن أن يؤدي دورًا في علاج هذا الاضطراب LeGrane & Lock, 2005 . وفي نمط من العلاج الأسري، يعيد تعريف فقدان الشهية كاضطراب ناشئ من تفاعل الفرد مع الغير، وليس مجرد اضطراب شخصي، وكذلك محاولة وضع الاضطرابات الأسرية محل الاهتمام. وبهذا فهو يعتقد ألا يقوم الفرد بتحمل مسئولية اضطراباته وحده، لأن هذه الاضطرابات لا تصرف الانتباه عن مشكلات العائلة المفككة. وهناك ثلاثة أهداف رئيسة يتم تحقيقها من خلال زيارة المعالج للأسرة خلال جلسة غذاء، حيث إن الصراعات الناتجة عن فقدان الشهية العصبي غالبًا ما تظهر أثناء تناول الوجبات. ويكون لهذه الجلسات ثلاثة أهداف أساسية، هي:

1- تغيير دور المريض الذي يلعبه الفرد ذو فقدان الشهية العصبي.

2- إعادة تعريف اضطراب الأكل كمشكلة ناشئة عن التعامل مع الآخرين.
3- منع الأبوين من استخدام ابنهما المريض بفقدان الشهية كوسيلة لتجنب الصراعات الأخرى.

وإحدى الاستراتيجيات هى دعوة كل أب أو أم علي حدة لمحاولة إقناع الطفل بالأكل، ويمكن للطرف الآخر أن يغادر الحجرة. فالمجهودات الشخصية من المتوقع أن تفشل، ولكن خلال هذا الفشل والإحباط فإن الأب والأم يمكن أن يعملا سويًا لإقناع الطفل بالأكل، وبهذا بدلاً من أن يكون الاضطراب مصدرًا للصراع، فإن أكل الطفل سوف يكون شكلاً للتعاون وكفاءة الوالدين في التعامل مع الطفل Rosman, Minuchin, & Liebman, 1975 . ومثل كثير من وسائل العلاج فإن العلاج الأسري لم تتم دراسته بصورة كافية لمعرفة تأثيره علي المدى البعيد، فقد ورد في أحد التقارير أن ما يقرب من 86% من مجموع خمسين فتاة مصابة بفقدان الشهية العصبي واللاتي تعرضن للعلاج الأسري، قد أظهرن تحسنًا عند تقييمهن لفترة 4 سنوات و3 شهور بعد العلاج Rosman, Minuchin, & Liebman, 1976 .

وتم إجراء دراسة حديثة بانجلترا للعلاج القائم على الأسرة FBT family-based therapy ، والتي تقوم بصورة كبيرة علي مساعدة الآباء على عمل استعادة لابنتهم لتكون ذات وزن صحي، وفي ذات الوقت تبني الوظيفة الأسرية في تطوير سياق المراهقة Lock & Le Grange, 2001; Lock et al., 2001 . وفي دراسة حديثة للمقارنة بين العلاج المعتمد على الأسرة والعلاج الفردي، وجد فعالية كل من العلاجين في نهاية الجلسات العلاجية 24 جلسة ، واستمر التحسن لدى 49% من الفتيات اللاتي خضعن للعلاج القائم على الأسرة لمدة سنة بعد العلاج في مقابل 23% من الفتيات اللاتي تلقين العلاج الفردي Lock et al., 2011 . وأضافت دراسة أخرى أن زيادة وزن الفتيات الخاضعات للعلاج القائم على الأسرة بعد الجلسة الرابعة Doyle et al., 2010 . ولهذا يُعد زيادة الوزن من المنبئات الجوهرية لفعالية العلاج. وبالرغم من النتائج جاءت واعدة، إلا أن المجال يحتاج لمزيد من الدراسات حول تحسين نواتج علاج اضطراب فقدان الشهية.

العلاج النفسي للنهم العصبي:

يعتبر العلاج السلوكي المعرفي من أفضل طرق العلاج التي تم التأكد منها والمستخدمة حديثًا لعلاج النهم العصبي Fairburn, 1985; Fairburn, Marcus, & Wilson, 1993 . وفيه يتم تشجيع المرضي على تحدي قيم المجتمع الخاصة بمعايير الجاذبية الجسمية، فتتغير مبادئهم التي تشجعهم علي تجويع أنفسهم لعدم اكتساب زيادة في الوزن. ويتم مساعدة المريض لمعرفة أن الوزن السليم يمكن الحفاظ عليه دون الحاجة لأنظمة الأكل القاسية، وأن الحرمان من الطعام غالبًا ما يؤدي للشراهة. فيتم إرشاد

المريض بأنه لم يخسر كل شيء عند تناوله قضمة واحدة من الأطعمة عالية السعرات الحرارية، وأن الأطعمة الخفيفة بين الوجبات ليس من الضروري أن تولد الشراهة التي يتبعها القيء المستحث أو تناول الملينات، مما يؤدي لانخفاض الروح المعنوية وظهور الاكتئاب. فتغيير فكرة "كل شيء أو لا شيء" يساعد المريض علي الأكل بصورة طبيعية. ويتعلم المرضي أيضا التعبير عن أنفسهم ومواجهة المتطلبات التي يلقيها عليهم الآخرون.

فالهدف الأساسي للعلاج في النهم العصبي هو الوصول لأنماط غذائية طبيعية. ويجب أن يتعلم المريض تناول ثلاث وجبات يوميا، وحتى وجبات خفيفة بينها دون الحاجة إلي الأكل بشراهة ثم التخلص من الأكل. فتتحكم الوجبات الطبيعية في الجوع. وبالتالي من المأمول أن تتحكم هذه الوجبات في عملية أكل كميات كبيرة جدا من الطعام، والتي يقابلها التخلص من ذلك الطعام. ولمساعدة المريض علي تغيير وجهة النظر عن نفسه، فإن المعالج يتحدي تلك الأفكار تدريجيًا وبقوة. فهناك أفكار لدي المرضي مثل "لن يحترمني أي شخص إذا أصبحت أكثر وزنًا مما أنا عليه الآن"، "إن زوجي يحبني لأن وزني 50 كجم وسوف ينبذني إذا ازددت وزنًا إلي 54 كجم"، وهناك افتراضات عامة أن تلك الأفكار بالنسبة للمريضات ترجع للإيمان بأن قيمة المرأة تزداد مع انخفاض وزنها، وهو مبدأ فرضته وسائل الإعلام والإعلانات.

وإحدى طرق التدخل هي جعل المريض يأكل مقدارا قليلا من الأكل الممنوع أثناء الجلسة، ويستخدم الاسترخاء في التحكم وعدم القيء. فيتم مواجهة المطالب غير الواقعية والانحراف في الأفكار كفكرة أن أكل مقدار بسيط من الوجبات ذات السعرات الحرارية العالية يعني الفشل وعدم التحسن. ويعمل كل من المعالج والمريض سويًا لتحديد الأحداث، والأفكار، والمشاعر التي تستحث الشراهة، ثم يتم توضيح طرق التعامل مع تلك المواقف. ففي حالة "جيل" اكتشفت هي ومعالجها أنها تأكل بنهم بعد تلقيها نقدًا من مدربها فتضمن العلاج ما يلي:

1- تشجيع "جيل" علي التعبير عن نفسها إذا كان النقد لا مبرر له.
2- تعليمها أنها ليست كارثة أن تفعل خطئًا، وليس من الضروري أن تكون مثالية حتى إن كان نقد المدرب له مبرر.
3- توعيتها بالمعايير التي يستخدمها المجتمع للتقييم، وتقليل حساسيتها تجاه تلك المعايير، وتشجيعها علي تحدي معايير الوزن المثالي واتجاهات الضغط علي النساء للاتجاه للنحافة.

وحقق العلاج السلوكي المعرفي نتائج واعدة سواء علي المدى القريب أو البعيد. وأظهر أحد التحليلات للدراسات أن العلاج السلوكي المعرفي له نتائج أفضل من العلاج الدوائي Whittal, Agras, & Gould, 1999 ، وتستمر الكفاءة العلاجية حتى بعد عامين

من المتابعة Agras et al., 2000 ، وبعد 6 سنوات أخرى Fairburn et al., 1995 ، وبعد 10 سنوات Keel et al., 2002 . ولكن هناك حدودًا لهذه النتائج الإيجابية. فوجدت عدة دراسات أن العلاج السلوكي المعرفي غالبًا ما يؤدي إلي تقليل تكرار نوبات الأكل بشراهة ثم التطهير منها بنسبة من 70% -90%. كما أنه يقلل بصورة ملحوظة من حرمان المريض نفسه من الطعام، ويعمل علي تحسين الاتجاهات نحو شكل الجسم والوزن Compas et al., 1998; Richards et al., 2000 . إلا أننا إذا ركزنا علي المرضي أنفسهم بدلاً من التركيز علي عدد نوبات الأكل بشراهة والتخلص منه، فإننا نجد أن علي الأقل نصف هؤلاء المرضي لم يتحسن إلا بدرجة ضئيلة Wilson, 1995; Wilson & Pike, 1993 . وإذا نظرنا للأفراد الذين تحسنوا بصورة ملحوظة بعد 6-12 شهرا من المتابعة نجد أن نحو الثلث فقط مازالوا يحافظون علي التقدم الذي أحرزوه بالعلاج Fairburn, Jones, et al., 1993 . فبينما العلاج السلوكي المعرفي هو أكثر طرق العلاج فعالية في حالة النهم العصبي، إلا أنه ما زال هنالك فرصة للتحسن.

ولكي نفهم كيف يمكننا تحسين ذلك العلاج، قام بعض الباحثين بفحص ما إذا كان إضافة مكون "التعرض ومنع الطقوس" exposure and ritual prevention للعلاج السلوكي المعرفي لعلاج النهم العصبي سيزيد من كفاءة العلاج ذكر هذا الأسلوب "التعرض ومنع الطقوس" كأحد مكونات العلاج السلوكي المعرفي لاضطراب الوسواس القهري في الفصل السادس . ويحتوى هذا المكون "التعرض ومنع الطقوس" على عدم تشجيع المريض علي التخلص من الطعام الذي يستحث لديه القيء. وقد وجدت إحدى الدراسات أن الجمع بين مكون "التعرض ومنع الطقوس" والعلاج السلوكي المعرفي حقق نتائج فعالة عند مقارنته بالعلاج السلوكي المعرفي لوحده، علي الأقل علي المدى القريب e.g., Fairburn et al., 1995 . فمكون "التعرض ومنع الطقوس" له أثر فعال في بداية العلاج، ولكن لا تستمر هذه الميزة بشكل طويل المدى. حيث تم في إحدى الدراسات مقارنة مجموعتين من المرضي أحداهما تلقت علاجا سلوكيا معرفيا مصحوبا بالتعرض ومنع الطقوس أما الأخرى فلا، وذلك بعد 3 سنوات من تلقي العلاج، كانت النتائج متماثلة بينهما Carter et al., 2003 . أي أنه حوالي 85% منهم لم تظهر لديه أعراض النهم العصبي بعد 3 سنوات من العلاج بغض النظر عن العلاج الذي تلقونه.

والأفراد ذوو النهم العصبي الذين نجحوا في التغلب علي نوبات الشراهة والتخلص من الطعام، يظهرون تحسنًا أيضًا فيما يتعلق بالمشاكل المرتبطة بالاكتئاب، وانخفاض الروح المعنوية. فإذا كان الفرد قادرًا علي اكتساب نمط غذائي سليم بعد فهمه لحقيقة النهم العصبي كاضطراب يصعب التحكم فيه، فإنه تقل لديه درجة الاكتئاب ويشعر بتحسن عام عن نفسه.

ويُعد العلاج السلوكي المعرفي لوحده ذو نتائج فعالة عند مقارنته بأي علاج دوائي متاح Cooper et al., 1998; Walsh et al., 1997 . لكن هل تتحسن النتائج أكثر عند إضافة مضادات الاكتئاب للعلاج السلوكي المعرفي؟ فالدليل في هذه النقطة مختلط. فإن إضافة مضادات الاكتئاب قد تخفف من حدة الاكتئاب المصاحب للنهم العصبي Keel et al., 2000; Wilson & Fairburn, 1998 .

وهناك نمط آخر من العلاج السلوكي المعرفي، يُعرف باسم "المرشد للمساعدة الذاتية" guided self-help اتضحت نتائجه الفعالة مع بعض الأفراد. وفي هذا النمط من العلاج، يتلقى الأفراد كتبا للمساعدة الذاتية عن موضوعات مثل المثالية، صورة الجسم، التفكير السلبي، الصحة والطعام. وجدت النتائج الأولية - بعد عدد قليل من جلسات مساعدة المعالج المريض على استخدام الأدوات الخاصة بعلاج المساعدة الذاتية - أن العلاج يتميز بفعالية عند مقارنته بمجموعة المرضى على قائمة الانتظار ومجموعة العلاج التقليدي السلوكي المعرفي للأفراد ذوي اضطراب النهم العصبي. بالإضافة إلى تحسن ثقة الفرد في قدرته على التغيير المرتبط بالنواتج الأفضل Steele 7 Bergin, & Wade, 2011 .

في دراسات أخري متعددة Fairburn et al., 1991; Fairburn, Jones, et al., 1993 حقق العلاج بين الشخصي interpersonal therapy IPT من خلال تفاعل شخصية الفرد مع الآخرين نجاحًا عند مقارنته بالعلاج السلوكي المعرفي، رغم أنه لم يحقق نتائج بنفس السرعة. فتساوى كلا العلاجين في العلاج بعد سنة من المتابعة في تحقيق تغيير الصفات الأربع الرئيسة للنهم العصبي: الأكل بشراهة، والتطهير، والحرمان من الطعام، والاتجاهات السلبية عن شكل الجسم والوزن Wilson, 1995 . وقد تم تكرار هذه الفكرة الخاصة بتأكيد أن العلاج السلوكي المعرفي أفضل من العلاج بين الشخصي بعد بدء العلاج مباشرة، وأن العلاج بين الشخصي يؤدي لتحسن علي مدي أبعد في دراسات أخري Agras et al., 2000 .

والعلاج الأسري أيضا فعال لعلاج النهم العصبي، بالرغم من أنه تمت دراسته بشكل أقل مقارنة بكل من العلاج السلوكي المعرفي والعلاج بين الشخصي. وقد أظهرت دراسة تجريبية عشوائية حديثة أن العلاج القائم على الأسرة من أفضل العلاجات النفسية المدعمة للمراهقين من ذوي النهم العصبي في خفض نوبات الشراهة والتطهير لمدة أكثر من ستة أشهر بعد الانتهاء من العلاج Le Grange et al., 2007 .

العلاج النفسي لاضطراب الشراهة في الأكل:

بالرغم من أنه يدرس على نطاق واسع كما هى الحال بالنسبة لاضطراب النهم العصبي، إلا أنه ثبت للعلاج السلوكي المعرفي فعالية لعلاج اضطراب الشراهة في الأكل في العديد من الدراسات Grilo, 2007 . فالعلاج السلوكي المعرفي لاضطراب الشراهة في

الأكل يهدف إلى تقييد الشره والأكل مـن خـلال تأكيـد المراقبـة الذاتيـة، والـتحكم الـذاتي، وحـل المشكلات المرتبطة بالأكل. وتظهر مكاسب العلاج السلوكي المعرفي لمدة تصل إلى سنة واحدة بعـد العلاج. كذلك يُعد العلاج السـلوكي المعـرفي أكـثر فعاليـة مـن العـلاج بالفلوكسـتين fluoxetine Grilo, 2007 . وأوضحت إحدى الدراسات التجريبية العشوائية أن العلاج بين الشخصي يتسـاوي في فعاليته مع العـلاج السـلوكي المعـرفي، والعـلاج المرشـد للمسـاعدة الذاتيـة في عـلاج اضـطراب الشراهـة في الأكـل Wilfley et al., 2002; Wilson et al., 2010 . وهـذه العلاجـات الثلاثـة أفضل في فعاليتها من البرامج السلوكية لفقدان الوزن، التي تستخدم مع عـلاج السـمنة. وبشـكل أكثر تحديدًا، فالعلاج السلوكي المعرفي والعلاج بين الشخصي يقللان نوبات شره الأكل لكـن لـيس بالضرورة يخفضان الوزن ، بينما البرامج السلوكية لفقدان الـوزن تحـافظ عـلى الـوزن، ولكنهـا لا تحد من نوبات الشره.

وبالمقارنة بين العـلاج السـلوكي المعـرفي عنـد مقارنتـه بمجموعـة مـن المـرضى عـلى قائمـة الانتظار، وجد أنه أكثر فعالية في تقليل نوبات الشره خلال 6 أشهر، ثم 12 شـهرا مـن المتابعـة . Peterson et al., 2009

الملخص السريع:

أظهرت بعض الأدوية المضادة للاكتئاب فائدة للعلاج من النهم العصبي، ولكن لـيس مـع اضطراب فقدان الشهية العصـبي. ومـع ذلـك، الأفـراد ذوو الـنهم العصـبي مـن المـرجح عـدم استمرارهم في العلاج الدوائي. والعلاج النفسي لفقدان الشهية العصبي يجـب التركيـز أولا عـلى زيادة الوزن. ويُعد العـلاج الأسري شـائعًا لمـرضى ذوي فقـدان الشـهية العصـبي، ولكـن هنـاك حاجة لدراسات للإثبات ما إذا كان له فعالية. والعـلاج الـنفسي الأكـثر فعاليـة في عـلاج الـنهم العصبي هو العلاج السلوكي المعرفي. حيث ينطوي عـلى تغيـير معتقـدات المـريض والتفكـير في النحافة، وزيادة الوزن، واتباع نظام غذائي، وتقييد الطعـام، ومـع الهـدف العـام يجـري إعـادة تأسيس أنماط الأكل الطبيعي. ويُعد "التعرض ومنع الطقـوس" أحـد مكونـات العـلاج السـلوكي المعرفي، والفعالة في حدوث فعالية مبكرة. ويأتي العلاج السلوكي المعرفي بفعالية أكبر مقارنة مع العلاج الدوائي، بالرغم من أن مضادات الاكتئاب تساعد في تخفيف أعـراض الاكتئـاب المرتبطـة بالاضطراب. كذلك يُعد العلاج السلوكي المعرفي فعالا مع اضطراب الشراهة في الأكل.

التدخلات الوقائية من اضطرابات الأكل Preventive Interventions for Eating Disorders:

هناك مدخل آخر للعلاج وهو الوقاية. فالتدخل في حيـاة الطفـل أو المراهـق قبـل نشـوء الاضطراب قد يساعد علي منعه من التطور . وبشكل عـام هنـاك ثلاثـة أنـواع مـن التـدخلات الوقائية:

1- الثقافة النفسية: تعليم الأطفال والمراهقين وتوعيتهم عن اضطرابات الأكل، وذلك لمنعهم من الإصابة بها.
2- عدم التأكيد علي التأثير الثقافي والمجتمعي: مساعدة الأطفال والمراهقين علي مقاومة ورفض الضغط الثقافي الاجتماعي نحو النحافة.
3- مدخل عوامل الخطورة: تحديد الأطفال ذوي عوامل الخطورة التي قد تؤدي لحدوث الاضطرابات القلق علي الجسم، الوزن، الحرمان من الطعام والتدخل لتغيير تلك العوامل.

وقامت دراسة بفحص هذه الأنواع من التدخلات الوقائية خلال 1980-2003 Stice, Shaw, & Marti, 2007 ووجدت تأييدا بسيطا لبعضها. وبصفة عامة فهي لم تقلل الخطورة بدرجة كبيرة خاصة مدخل الثقافة النفسية. ومن ناحية أخري أثبتت الوقاية التفاعلية - التي تضمنت مراهقات من سن 15 فأكبر، وكان بها جلسات متعددة وليست جلسة واحدة - كفاءة أكبر استمرت لمدة سنتين.

وجدت دراسة عشوائية أن نوعين من التدخلات الوقائية يبشران بالحد من أعراض اضطراب الأكل بين المراهقات متوسط أعمارهم 17 . البرنامج الأول يسمى التدخل للحد من التنافر dissonance reduction intervention ، حيث يركز على عدم تأكيد التأثيرات الاجتماعية الثقافية، والتدخل الآخر يسمى تدخل الوزن الصحي the healthy weight intervention، يركز على عوامل الاستهداف Stice et al., 2008 . فيحتوى كل من البرنامجين على جلسة واحدة لمدة ثلاث ساعات. فيطلب من الفتيات في التدخل للحد من التنافر أن يكتبن ويتحدثن، ويلعبن الأدوار لتحدي مفاهيم المجتمع عن الجمال مثل النحافة المثالية . أما الفتيات في تدخل الوزن الصحي فقد عملن معا على تطوير برامج لأنفسهم للوزن صحي وممارسة التمارين الرياضية. وجاءت نتائج المشاركات سواء في أي برنامج ترتبط مع انخفاض كل من الوجدان السلبي، وعدم الرضا عن الجسم، واستيعاب النحافة المثالية، وخطر تطور أعراض اضطراب الأكل من

من الجدير بالذكر أن برامج الوقاية فعالة للفتيات مع اضطرابات الأكل

2 إلى 3 سنوات بعد الجلسات مقارنة بالفتيات اللاتي لم يشاركن في الجلسات. وتشير هذه النتائج إلى أهمية الاستمرار في تطوير وتنفيذ برامج الوقاية.

الملخص

الأوصاف الإكلينيكية

- تشمل اضطرابات الأكل الرئيسة طبقًا للدليل الخامس DSM-5 على: فقدان الشهية العصبي، والنهم العصبي، والشراهة في الأكل. فأعراض مرض فقدان الشهية العصبي يشمل رفضا للحفاظ على وزن الجسم الطبيعي، والخوف الشديد من السمنة، والشعور بصورة مشوهة لشكل الجسم، ويبدأ فقدان الشهية عادة في المراهقة، ويتكرر بمعدل 10 مرات بين النساء أكثر من الرجال. أما أعراض النهم العصبي فيشمل نوبات من الشراهة عند تناول الطعام، يليها تطهير، والخوف من السمنة، وصورة الجسم المشوهة. مثل فقدان الشهية، ويبدأ النهم العصبي في مرحلة المراهقة. وأخيرًا اضطراب الشراهة في الأكل ويحتوى على نوبات من الشره بدون ممارسة سلوكيات قهرية للتطهير. وعادة ما يكون الأفراد ذوو اضطراب الشراهة في الأكل من ذوي البدانة، ولكن ليس كل ذوي البدانة ذوي اضطراب الشراهة في الأكل.

أسباب الأمراض:

- درست البحوث في علم الوراثة اضطرابات الأكل وآليات المخ. فهناك أدلة تتسق مع احتمال توريث الاضطرابات. ويؤدي كل من المواد الأفيونية الداخلية والسيروتونين في عمليتي الجوع والشبع لدى اضطرابات الأكل. ويشارك أيضا الدوبامين ولكن تم دراسة دوره في اضطرابات الأكل بشكل أقل.
- هناك عدة عوامل تؤدي أدوارا مهمة في اضطرابات الأكل منها التأكيد على العلاقات بين الوالدين والطفل، والخصائص الشخصية. والبحث عن خصائص الأسر مع الطفل باضطرابات الأكل قد أسفرت عن بيانات مختلفة اعتمادا على كيفية جمع البيانات. وقد وجدت الدراسات أن من سمات الأفراد ذوي اضطرابات الأكل نجد الكمالية، وانخفاضا في تقدير الذات. كثير من النساء من ذوي اضطرابات الأكل قررن تعرضهن للإيذاء في الطفولة، ولكن الإساءة في وقت مبكر لا يبدو أن يكون عامل خطر معينا لاضطرابات الأكل.
- اقترحت النظريات السلوكية المعرفية لاضطرابات الأكل أن الخوف من السمنة، وتشويه صورة الجسد معززان لفقدان الوزن بين الأفراد ذوي النهم العصبي، والوجدان السلبي والتوتر يعجل من نوبات الشره، والتي يتم بعد ذلك التطهير من الأكل.

- كما تغيرت المعايير الاجتماعية والثقافية لصالح شكل النحافة المثالية بالنسبة للنساء. حيث تنتشر اضطرابات الأكل في البلدان الصناعية، حيث الضغوط الثقافية لتكون النحافة هي الأقوى. وتميل النساء من البيض إلى أن يكنَّ أكثر عدم الرضا عن الجسم واضطرابات الأكل مقارنة بالنساء الأميركيات من أصول إفريقية، على الرغم من أن معدلات انتشار اضطرابات الأكل الفعلي لا تختلف بشكل ملحوظ بين هذه الجماعات العرقية.

العلاج

- العلاجات الدوائية لاضطرابات الأكل هي استخدام مضادات الاكتئاب. بالرغم من فعاليتها إلى حد ما، فمعدلات التسرب من العلاجات الدوائية مرتفعة والانتكاس هو شائع عند منع الأفراد من أخذ الدواء. وعلاج مرض فقدان الشهية غالبا ما يتطلب العلاج في المستشفيات للحد من المضاعفات الطبية الناجمة عن هذا الاضطراب. وتوفير المعززات لزيادة الوزن كان ناجحا إلى حد ما.
- العلاج المعرفي السلوكي للنهم العصبي يركز على تغيير معايير للجاذبية الجسمية، والمعتقدات الصعبة التي تشجع التقييد الحاد في الطعام، وتطوير أنماط الأكل الصحي. ونتائج هذا العلاج واعدة، سواء في المدى القصير والطويل.
- التدخلات الوقائية من البرامج الواعدة، وخاصة مع الفتيات في سن 15 أو أكثر، وتنطوي على أكثر من جلسة واحدة، وتكون تفاعلية بدلا من تعليمية أي شكل محاضرة . وتستمر نتائجها بعد مدة تصل إلى 3 سنوات من وضع برامج الوقاية.

12

الفصل الثانى عشر

الاضطرابات الجنسية

الفصل الثاني عشر
الاضطرابات الجنسية

ترجمة
د/ هناء أحمد شويخ

الأهداف التعليمية ... أن تكون قادرًا على :

1- وصف تأثيرات الثقافة والنوع في المعايير الجنسية.
2- تلخيص مراحل الاستجابة الجنسية عند الذكور والإناث.
3- القدرة على تفسير أعراض، وأسباب، وعلاجات اضطرابات الاختلالات الوظيفية الجنسية، واضطرابات الانحرافات الجنسية.

إن النشاط الجنسي، يمثل واحدا من أكثر الأمور شخصية وخصوصية في حياة الفرد. فكل واحد فينا يعتبر كائنا جنسيا، له ميوله وخيالاته التي قد تدهشنا أو تصدمنا من حين لآخر. وعادة ما يكون ذلك جزءا من الأداء الجنسي الطبيعي. ولكن عندما تؤدي خيالاتنا ورغباتنا إلى التأثير علينا وعلى الآخرين بطرق ضارة وغير مرغوبة، فحينئذ يتم تصنيفها بأنها شذوذ abnormal، وفي هذا الفصل سوف نلقي الضوء على الأفكار الجنسية البشرية بصفة عامة، وعلى المشاعر والأفعال الجنسية التي يصنفها الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية DSM-5 على أنها اضطرابات اختلالات الوظيفية الجنسية، واضطرابات الانحرافات الجنسي انظر جدول 12-1 .

وسوف نبدأ بوصف مختصر لمعايير السلوك الجنسي، والسلوك الجنسي الصحي، بعد ذلك سوف نقوم بتقسيم مشكلات الاضطرابات الجنسية Sexual Disorders إلى قسمين رئيسين: اضطرابات الاختلالات الوظيفية الجنسية sexual dysfunctions، واضطرابات الانحرافات الجنسية paraphilias. وتعُرف اضطرابات الاختلالات الوظيفية الجنسية بأنها الخلل المستمر في القدرة على الشعور بالإثارة الجنسية sexual arousal، أو الرغبة desire، أو الأورجازم نشوة أو رعشة الجماع orgasm، أو الألم أثناء الجماع intercourse. أما اضطرابات الانحرافات الجنسية Paraphiras، فهى تُعرف بأنها الانجذاب المستمر والمزعج لأنشطة أو لموضوعات جنسية غير معتادة.

المعايير الجنسية والسلوك الجنسي Sexual Norms and Behavior

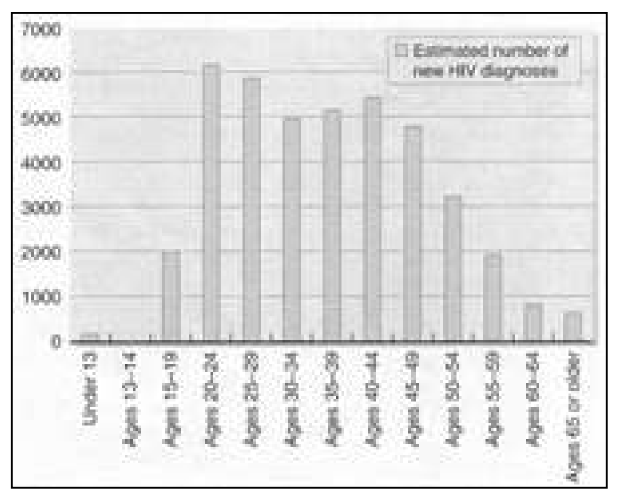
يختلف تعريف ما هو طبيعي أو مرغوب في السلوك الجنسي حسب الزمان والمكان، ولاحظ مثلا أن العالم الغربي المعاصر يرى أن "كبت" أو "منع" Inhibition التعبير الجنسي، يتسبب في العديد من المشكلات، وقد كان على العكس من ذلك في القرن

التاسع عشر ومطلع القرن العشرين، فقد كان يرى أن "الإسراف" "Excess" أو الإفراط يعتبر عملا إجراميا، وخاصة أنه كان هناك اعتقاد بأن الاستمناء المفرط في الطفولة يتسبب في العديد من المشكلات في مرحلة البلوغ. فقد افترض "فونكرافت - إبيج" 1992 Vonkrafft-Ebing أن الاستمناء المبكر Masturbation يؤدي إلى إلحاق الضرر بالأعضاء الجنسية، كما أنه يستنفد المخزون المحدود من الطاقة الجنسية، مما يؤدي إلى إضعاف القدرة على الأداء الجنسي في مرحلة البلوغ. كما كان هناك اعتقاد آخر بأنه حتى في مرحلة البلوغ، فإن النشاط الجنسي المفرط يتسبب في العديد من المشكلات منها الفشل في الانتصاب Erectile Failure مثلا، وقد كان الرأي السائد في عصر الملكة فيكتوريا Victorian أن الشهوة الجنسية تمثل خطرا داهما، ومن ثم يجب كبحها. فمثلا لكي يتم تقليل الإثارة الجنسية عند الأطفال، كان يتم استخدام قفازات معدنية، ولصرف انتباه البالغين عن الإفراط في ممارسة الجنس، كان يوصى بإجراء تمرينات خارج المنزل، واتباع نظام غذائي خفيف، وقد ظهرت على أرض الواقع أطعمة مثل "الكورن فليكس" الذي ابتكره "كيللوج" Kellogg، وشطائر البسكويت التي ابتكرها "جرهام" Graham، وقيل بأنها تقلل من الاهتمام الجنسي، إلا أنها لم تنجح في ذلك.

وهناك تغيرات أخرى على مر الزمان أثرت على سلوك الأفراد، وخبراتهم عن الممارسة الجنسية، فالتكنولوجيا مثلا تعمل على تغيير الخبرات والتجارب الجنسية، وذلك لأن عدد الأفراد الذين يقومون بالدخول على المواقع الجنسية على شبكة الإنترنت والاطلاع على محتوياتها يتزايد بشكل مثير. ولأن الدخول على المواقع الجنسية يتزايد بهذا الشكل المثير، فإن شبح الإيدز والأمراض الأخرى التي تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي، يجعل شكل المخاطر المرتبطة بالسلوك الجنسية مختلفا. ففي الولايات المتحدة قدر عدد المصابين بالأمراض المنقولة جنسيا بأكثر من 19 مليونا سنويًا Centers for Disease Contrl and Prevention, 2009b ، وتصاب حالة من كل أربع سيدات بالأمراض المنقولة جنسيا في عمر 19 سنة Forhan, Gottlieb, Sternberg, et al., 2009 . انظر شكل 12-1 لإحصاءات الإصابة بالإيدز. كذلك فإن هناك تغيرات أخرى تطرأ على المعايير الجنسية، فمثلا يسود بين سكان الولايات المتحدة من كل الأعمار، تأكيد شديد وحديث على حق الفرد في التمتع بحياة جنسية جيدة إلى حتى يوم وفاته، ولعل أبرز مثال على ذلك، هو الإعلانات التليفزيونية الكثيرة التي تروج للأدوية المقوية للنشاط الجنسي، والتي تحسن من عملية الانتصاب بين كبار السن Tiefer, 2003 .

بالإضافة إلى التغيرات الحادثة على مر الزمان والأجيال، نجد أيضًا تأثيرات الاتجاهات والمعتقدات الثقافية عن الحياة الجنسية. ففي بعض الثقافات، ترى أن الحياة الجنسية أهم مكون للمتعة في الحياة، بينما تري بعض الثقافات الأخرى أن الحياة الجنسية

فقط للإنجاب Bhugra, Popelyuk, & McMullen, 2010 . والثقافات أيضًا تختلف في تقبل تنوع السلوك الجنسي. فعلى سبيل المثال، بين الزامبيين الذين يعيشون في "بابوا" بغينيا الجديدة، كتب "هيرت" Herdt 1984 عن الطقوس التي تمارس مع الذكور حديثي البلوغ من ممارسة الجنس الفمي مع ذكور أكبر سنًا كطريقة لتعليمهم الحياة الجنسية. بينما في ثقافات أخرى نجد أن من الوصمة ممارسة الجنس مع نفس النوع. ومن الواضح أنه يتعين علينا أن نراعي اختلاف المعايير الثقافية عند قيامنا بدراسة السلوك الجنسي. وانظر إلى تركيز الاكتشاف 12-1 للتطلع إلى المسار المعقد الذي يخوضه المتخصصون في الشئون الصحية فيما يتعلق بالاستجابة لتغير الاتجاهات نحو التوجه الجنسي.



شكل 12-1 عدد الحالات الجديدة المشخصة بالإيدز في الولايات المتحدة عام 2009 حسب العمر

فما معاييرنا الثقافية في الوقت الحاضر؟. للإجابة على هذا التساؤل يتطلب أنه من الضروري تجميع عينات ممثلة للمجتمع في: العمر، النوع، العرق، الحالة الاجتماعية الاقتصادية، بالإضافة إلى خصائص أخرى. وسوف نناقش المسوحات المتنوعة التي تشمل الآلاف خلال هذا الفصل. انظر جدول 12-2 حول بيانات أحد هذه المسوحات الضخمة الممثلة للمجتمع. ففي بعض الأوقات يُطلب من المشاركين في هذه الدراسات الاستجابة للأسئلة في هيئة الكتابة، وذلك لأن بعض الأفراد يشعرون بالراحة أكثر في حالة الكتابة عن سلوكهم أكثر من مناقشتها مع القائم بالمقابلة. ففي إحدى الدراسات الحديثة المعتمدة على مقياس Herbenick, Reece, Schick, et al., 2010b ، قام الباحثون بتجميع البيانات من خلال الانترنت، وكما هو واضح فإن المشاركين شعروا بالراحة أكثر مع هذا النمط من التطبيق. فمع الحساسية الزائدة للمشاركين، سنجد أنه من الصعوبة جمع بيانات عن أكثر السلوكيات الجنسية شيوعًا. وسوف نناقش هذا الموضوع عندما نعرض للانحرافات الجنسية لاحقًا.

جدول 12-1 يوضح الاضطرابات الجنسية طبقًا للدليل الخامس DSM-5

الاختلالات الوظيفية الجنسية Sexual Dysfunctions • اضطرابات الاهتمام، الرغبة، الإثارة الجنسية Sexual interest, desire, and arousal disorders. - اضطراب الاهتمام/الإثارة الجنسية عند المرأة Female sexual interest/arousal disorder - اضطراب قصور الرغبة الجنسية عند الرجل Male hypoactive sexual desire disorder - اضطراب الانتصاب Erectile Disorder • اضطرابات الأورجازم نشوة أو رعشة الجماع Orgasmic disorders: - اضطرابات الأورجازم نشوة أو رعشة الجماع عند المرأة Female orgasmic disorder - سرعة القذف القذف المبكر Premature ejaculation - تأخير القذف Delayed ejaculation • اضطرابات الألم الجنسي Sexual pain disorders: - الألم الحوض. – التناسلي/ اضطراب الإيلاج Genito-pelvic pain /penetration disorder.
اضطرابات الانحرافات الجنسية Paraphilic Disorders - اضطراب الفتيشية Fetishistic disorder - اضطراب الأزياء الجنسية Transvestic disorder - اضطراب عشق الأطفال Pedophilic disorder - اضطراب الاستعراء Exhibitionistic disorder - اضطراب التلصص Voyeuristic disorder - اضطراب التحرش الجنسي Frotteuristic disorder - اضطرابات المازوخية الجنسية Sexual masochism disorder - اضطرابات السادية الجنسية Sexual sadism disorder - اضطراب انحراف جنسي محدد Others paraphilic disorder specified مثل شبق البرازcoprophilia أو جماع الميت necrophilia

النوع والنشاط الجنسي Gender and sexuality :

يثير موضوعات الفروق بين الجنسين في السلوك جدلا سياسيا أو أزمة شخصية مقارنة بأي موضوعات أخرى. وتشير الأدلة إلى أن الرجال أكثر مشاركة في التفكير والسلوك الجنسي مقارنة بالنساء، وبطبيعة الحال، فإن هذه الاختلافات تعبر عن المعدل المتوسط، وسوف تكون هناك استثناءات، بالإضافة إلى أن معظم هذه الاختلافات واقعيًا ضئيلة Andersen, Cyranowski, & Aaresteds, 2000 . وبالمقارنة مع النساء، وجد أن الرجال يسجلون نسبة أعلى في التفكير في الجنس، وممارسة الاستمناء، والرغبة في ممارسة الجنس، بالإضافة إلى الرغبة في أن يكون للفرد أكثر من شريك، وزيادة عدد الرفقاء Bausmeister, Catanese, & Voha, 2001; Herbenick, Reece, Schick, et al., 2010a .

وبعيدا عن هذه الاختلافات في الدافع الجنسي، قام "بيبلاو" Peplau وزملاؤه 2003 بدراسة العديد من الطرق والأساليب الأخرى التي يختلف فيها الذكور عن الإناث في الممارسة الجنسية. فبالنسبة للنساء، يملن ليكنّ أكثر خجلاً من أي عيوب في مظهرهن مقارنة بالرجال، ويتدخل هذا الخجل مع الرضا الجنسي Sanchez & Kiefer, 2007 . ويرتبط النشاط الجنسي ارتباطا وثيقًا لدى النساء بحالة العلاقة، وبالمعايير الاجتماعية بدرجة تفوق الرجال Baumeister, 2000 . فعلى سبيل المثال، سجلت النساء أقل دافع للجنس وممارسة العادة السرية masturbation عندما لا تكون مرتبطة بعلاقة، بينما لا يمر الرجال بنفس الخبرة عندما تتوقف العلاقة. وقد ناقش البعض بأن الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية يولي اهتماما ضئيلا للغاية بمكونات العلاقة في النشاط الجنسي البشري عند وصف الاختلال الوظيفي الجنسي، وخاصة بالنسبة للنساء. ويقترح البعض أنه ينبغي أن يكون هناك تعريف أكثر تركيزا على النساء يشتمل على "السخط discontent أو عدم الرضا dissatisfaction مع أي من الجوانب العاطفية أو الجسدية أو العلاقة في الخبرة الجنسية" Tiefer, Hall, & Tavris, 2002, pp.228-229 . ومن بين النساء ممن يعانين هذه الأعراض الجنسية، أكثر من نصفهن يعتقدن أن هذه الأعراض تحدث من خلال مشكلات العلاقة Nicholls, 2008 . كما أن الرجال أكثر ميلا إلى التفكير في الجنس بلغة القوة أكثر من النساء Andersen, Cyranowski, & Espindle, 1999 .

جدول 12-2 المشاركات حسب النوع في السلوكيات الجنسية المختارة في العام الماضي

السلوك	الذكور	الإناث %
فعل جنس فمي		
ولا مرة	%30	%35
من حين لآخر	%49.4	%53
دائما	%20.7	11.8
تلقي عمل جنسي فمي		
ولا مرة	%30.4	%33.2
من جين لآخر	%50.4	%52.2
دائما	%19	%14.6
عدد الأفراد الذين يتم مضاجعتهم جنسيا		
صفر	%9.9	%13.6
1	%66.7	%74.7
2-4	%18.3	%10
من 5 فأكثر	%5.1	%1.7
معدل تكرار العملية الجنسية		
* بالنسبة للأشخاص غير المتزوجين.		
ولا مرة	%22.1	%30.6
أقل من ثلاث مرات شهريا	%38.9	%36.6
مرة واحدة كل أسبوع فأكثر	%38.9	%32.8
* بالنسبة للأشخاص المتزوجين		
ولا مرة	1.3	2.6
أكثر من ثلاث مرات في الشهر	31.4	33.9
مرة كل أسبوع أو أكثر	67.3	63.5

وبالطبع، فهناك الكثير من التشابهات في الحياة الجنسية بين الرجل والمرأة. فعلى سبيل المثال، سجلت العديد من النساء - من خلال دراسة مسحية لأكثر من ألف سيدة - أن الدافع الرئيس للجنس لديهم هو الانجذاب الجنسي والإشباع الجسدي Meston & Buss, 2009 . ولذا سيكون من قبيل المبالغة بأن نقول إن السبب الوحيد لممارسة النساء الجنس هو تعزيز علاقة التقارب. فمن المهم أن نعترف بوجود قواسم مشتركة بين الجنسين، وكذلك الاختلافات بينهما.

ويستمر الجدال الدائر حول أسباب هذه الاختلافات بين الجنسين، فهل هي تعتمد على القيود الثقافية بخصوص الممارسة الجنسية للمرأة؟، أم هل هي قائمة على فروق بيولوجية؟، أم هل هي مرتبطة بالاستغلال الأكبر للنساء في عشق الأمومة؟. وإنه لمن الصعب إعداد بحث دقيق بدون التطرق إلى التأثيرات البيولوجية والثقافية على النشاط والممارسة الجنسية. ومع ذلك فإن هناك عدداً قليلاً من الأبحاث يفترض أن الاختلافات بين الجنسين في الممارسة الجنسية ثابتة وموجودة في كل الثقافات بشكل ملحوظ، ففي إحدى الدراسات التي تم إجراؤها على أكثر من 16 ألف شخص وإن كان معظمهم من الطلبة الزملاء ، عبر الرجال في 52 دولة مختلفة عن رغبتهم في أن يكون لهم أكثر من عشيقة على مدار حياتهم مقارنة بالنساء Schmitt, Alcalay, Allik, et al., 2003 . وتدل تلك النتائج على أن العامل البيولوجي ربما يؤدي دورا في إيجاد الرغبة لدى الرجال في أن يكون لهم العديد من الرفيقات على مدى الحياة، وهذا الدور يعتبر أكبر من الدور الذي تلعبه الثقافة. وتعتبر معرفتنا عن أساس الاختلافات الأخرى في الممارسة الجنسية من حيث النوع معرفة ضئيلة، فلابد أن يكون لهذه الاختلافات أسباب عديدة، وقد أشار "باومايستر" Baumeister 2000 إلى أنه لن يكون هناك تماثل جيد بين الرجال والنساء في الميول الجنسية وحتى ولو كانوا في العالم المثالي.

وسوف نرى خلال هذا الفصل أشكال الاضطراب الجنسية حسب النوع في عدة طرق. فالنساء أكثر احتمالا لإظهار أعراض الاختلالات الوظيفية الجنسية مقارنة بالرجال، بينما الرجال أكثر عرضة لانطباق المعايير التشخيصية للانحرافات الجنسية عليهم. لذا فلابد من الوصول إلى فهم أفضل للاختلافات بين الجنسين في الحياة الجنسية، وذلك حتى يمكن فهم لماذا توجد اختلافات في التشخيصات الجنسية بين الرجل والمرأة.

تركيز الاكتشاف 12-1 التعلم من التاريخ

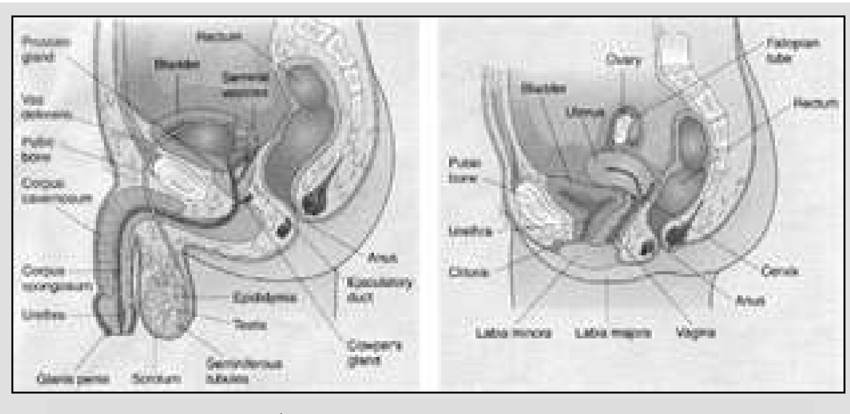
كانت الجنسية المثلية Homosexuality حتى عام 1973 مدرجة في معيار DSM كواحد من الاضطرابات الجنسية. وفي عام 1973 قامت لجنة التسمية والمصطلحات في الهيئة الأمريكية للطب النفسي، تحت ضغط من الجماعات المهنية والفعالة، بإصدار توصية بحذف موضوع "الجنسية المثلية" وأن يستبدل به مصطلح "اضطراب التوجه نحو الجنس" "Sexual Orientation"، وقد كان المقصود من هذا التشخيص الجديد أن ينطبق على الرجال والنساء الشواذ جنسيا والذين يحاولون تغيير توجههم نحو الجنس الآخر، وقد تمت الموافقة على التغيير، ولكن كانت هناك اعتراضات عنيفة من جانب العديد من الأطباء النفسيين المشهورين، والذين ظلوا على قناعة بأن الجنسية المثلية تعكس تعلقا

مرضيا Fixation في مرحلة مبكرة من التطور والنمو الجنسي النفسي، وبالتالي فإنها تعتبر سلوكا جنسيا شاذا في صميمه. أما الآن، في الوقت الراهن، فإن هؤلاء الأطباء المعارضين تم اعتبارهم فئة ضالة، ومتحيزة ومناهضة للتفكير العلمي.

وفي إصدار عام 1980 من الدليل التشخيصي الثالث DSM-III، قامت لجنة المصطلحات بإضافة موضوع جديد يطلق عليه: "الجنسية المثلية المرفوضة من الأنا" ego – dystonic Homosexuality، والتي تشير إلى الفرد الذي يتعرض للإثارة الجنسية المثلية، وتؤثر عليه هذه الإثارة بشكل شديد، وتسبب له حزنا شديدا، ويتمنى أن يصبح مشتهيا للجنس الآخر.

وفي عملهم هذا، اتخذ المتخصصون العاملون في الدليل التشخيصي الثالث DSM-III موقفا متضاربا، وهو أن كلا من الفتى اللوطي gay man أو الفتاة السحاقية Lesbian، يعتبر شاذا، إذا أقنعه المجتمع المتحيز أن توجهه الجنسي مضطرب. في ذات الوقت الذي كانت فيه الجنسية المثلية نفسها سلوكا جنسيا شاذا وفقا الدليل التشخيصي الثالث. وفي الأعوام التي تلت هذا الإصدار، لم يلجأ المتخصصون في الصحة العقلية إلى استخدام تشخيص الجنسية المثلية المرفوضة من الأنا" إلا في حالات نادرة جدا. ومع مرور الوقت، قامت الهيئة الأمريكية للطب النفسي بإصدار الدليل التشخيصي الرابع DSM-IV، وذلك في عام 1987، وقد قامت فيه لجنة المصطلحات بحذف مسمى الجنسية المثلية المرفوضة من الأنا"، وبدلا من ذلك، قامت بوضع الفئة تشخيصية باسم "الاضطراب الجنسي الذي لا يحدد الجنسي المقابل" Sexual disorder not otherwise specified، والذي يشير إلى الحزن الدائم والملحوظ الذي يصيب الفرد نتيجة توجهه الجنسي، وقد وضعت لجنة المصطلحات هذا المصطلح الجامع في الدليل التشخيصي الرابع والدليل الرابع المعدل DSM-IV-TR. وتجدر الإشارة إلى أن الموضوع الجديد لا يحد أي توجه جنسي، ولكن يمكن تطبيقه بالأحرى على الفرد الذي يعاني الحزن والأسى حول توجهه الجنسي نحو الجنسي المغاير أو نحو الأفراد المماثلين له في الجنس.

وبالرغم من أن المثلية الجنسية لم تعد تستخدم، فقد استخدم الدليل الخامس DSM-5 مصطلح اضطراب الهوية الجنسية gender dysphoria بدلا منه. فبعض الأفراد يشعرون داخليًا، وخاصة من الطفولة بأنهم عكس نوعهم. فهم لا يقتنعون بوجود أعضائهم التناسلية الطبيعية، ولا بإدراكات الآخرين عن نوعهم. فالذكر ينظر في المرآة فيري جسما بيولوجيا ذكريا، ولكن شعورهم ينتمي للأنثى. ودائما ما يريد إجراء جراحة لتحويل جسمه طبقًا لهويته الجنسية.



شكل 12-2: التشريح الجنسي لدى الذكر والأنثى

دورة الاستجابة الجنسية The Sexual Response Cycle :



ولدت "هاريسي" كذكر، ولكن بعد إجراء عملية تحويل جنسي في عمر 23 سنة، أصبحت أشهر عارضة أزياء في شمال كوريا

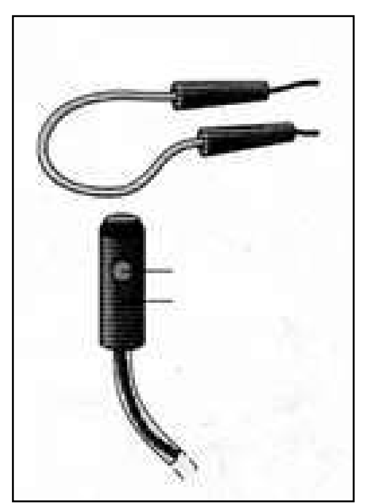
لقد أولى العديد من الباحثين تركيزا كبيرا على فهم دورة الاستجابة الجنسية، وقد قامت "كينسي جروب" Kinsey Group، بخطوات مهمة في الأربعينيات من القرن العشرين، وذلك عن طريق إجراء مقابلات شخصية مع الأفراد حول نشاطهم الجنسي Kinsey, Pomeroy, & Martin, 1948 . وقد قام كل من "ماسترز" Masters و"جونسون" Jonson بثورة أخرى في مجال البحث في النشاط الجنسي البشري قبل ذلك بخمسين عاما، عندما بدأ في جمع الملاحظات المباشرة والقياسات السيكولوجية لممارسة الأفراد للعادة السرية وممارستهم للجنس.

وتستخدم معظم التصورات المعاصرة بعض المقترحات من "ماسترز" وجونسون" 1966 و"كابلان" Kaplan 1974 ، لتحديد المراحل الأربع لدورة الاستجابة الجنسية للبشر:

1- مرحلة الرغبة Desire phase: وهي مفهوم قدمه "كابلان" 1974 ، وتشير هذه المرحلة إلى الاهتمام أو الرغبة الجنسية، وغالبا ما تكون مرتبطة بخيالات وأحلام يقظة مثيرة جنسيا.

2- مرحلة الإثارة Excitement Phase: وأثناء هذه المرحلـة يشـعر الرجـال والنسـاء باللـذة المصاحبة لتدفق الـدماء إلى الأعضـاء الجنسـية بغـزارة انظـر شـكل 12-2 للاطـلاع عـلى التشريح الجنسي لكل من الرجل والمرأة . ويتجلى هذا التـدفق للـدماء في الأنسـجة عنـد الرجل في انتصاب القضيب، بينما يظهر عند المرأة في تضخم الثديين، وكـذلك في التغـيرات التي تحدث للمهبل مثل إفراز المواد اللزجة بشكل غزير lubrications.

3- مرحلة الأورجازم لرعشة الجماع Orgasm Phase: في هذه المرحلة، تبلغ اللـذة ذروتهـا بالشكل الذي فتن الشعراء وبقية الأفـراد العـاديين أمثالنا عبر آلاف السـنين، فالقـذف في الرجـال شيء حتمي ولا مفر منه، ويحدث بشـكل دائـم تقريبـا هناك حالات نادرة يصل فيهـا الرجـل إلى الرعشـة بـدون أن يقـذف، أو العكـس . أمـا في المـرأة فـإن الحوائط الخارجية للمهبل يحدث لها انكماش. وفي كلا الجنسين، يكون هناك شد عضلي عام.



شكل 13-2 استخدم الباحثين السلوكيين جهازين للتناسلية لقياس الإثارة الجنسية

4- مرحلة الخمـود Resolution Phase: تشـير هـذه المرحلة الأخـيرة إلى الارتخـاء والإحسـاس بالارتيـاح الذي عادة ما يعقب الرعشة، وفي الرجـال يتـزامن ذلك مـع فـترة مـن الجمـوح refractory period التي لا يحدث خلالها انتصاب إضـافي أو إثـارة، ولا يمكن القيام بذلك، وتختلف فترة الجموح والوقـت الذي تستغرقه من رجل لآخر، بل وحتى في الرجل الواحد تبعـا للظـروف. أمـا السـيدات فإنهن في الغالب قادرات على الاستجابة مرة أخرى للإثارة الجنسية بشكل فـوري تقريبـا، وهي القدرة التي تسمح بالعديد من مرات الوصول إلى الرعشة.

البيانات الحديثة تدعو إلى التشكك في صحة تقسيم مرحلتي الرغبة والإثـارة عنـد المـرأة. حيث ليس واضحًا التمييز بين هاتين المـرحلتين عنـد المـرأة Graham et al., 2010 . وعـلاوة عـلى ذلـك، فـإن الرغبـة تبـدو لزيـادة اسـتجابة الإثـارة الفسـيولوجية عنـد ثلـث النسـاء . Cavalheria, Brotto, & Leal, 2010

وهناك أيضًا تساؤل حول الطريقة التي حدد بها "كابلان" مرحلة الإثارة من خلال اعتماده على التغييرات البيولوجية. فالإثارة الذاتية ليست مطابقة للإثارة البيولوجية عند المرأة. وللتحقق من ذلك استخدم في موضوع البحث أداة تسمى مخطط حجم المهبل vaginal plethysmograph لقياس إثارة المرأة الفسيولوجية انظر شكل 12-3 . حيث يتم قياس حجم المهبل بعد تدفق الدم فيه، بالإضافة إلى أن معظم النساء يمررن بهذه الخبرة بشكل سريع كاستجابة آلية للمنبهات المحفزة. ولكن وجد أن كمية تدفق الدم في المهبل ترتبط بشكل ضعيف مع مستوى الرغبة أو الإثارة الذاتية .,Basson, Brotto, Laan, et al 2005 . إضافة إلى أن الكثير من النساء سجلن انخفاض الإثارة الذاتية أو انعدامها عندما تحدث التغيرات البيولوجية Everaerd, Laan, Both, et al., 2000 . فكل من الإثارة الذاتية والإثارة البيولوجية يجب اعتبارهما منفصلتين عند المرأة، بينما تكونان مرتبطتين بشكل قوى عند الذكور.

الملخص السريع:

يتشكل النشاط الجنسي بشكل كبير من خلال الثقافة والخبرة، لذلك فمن الضروري أن نكون على وعي بالتحيز الذاتي عند التفكير في التشخيص. ويشكل النوع أيضا النشاط الجنسي، فعلي سبيل المثال، نجد أن الذكور يسجلون أفكارا وسلوكيات جنسية بشكل أكثر تكرارًا عند المقارنة بالإناث. وقد وصف "كابلان" أربع مراحل لدورة الاستجابة الجنسية، وهي: الرغبة، والإثارة، والأورجازم، والخمود. وقد أشار الباحثون إلى أن مراحل "كابلان" لا تتسق مع البيانات الخاصة بالمرأة، في مرحلتي الرغبة والإثارة. حيث لا يمكن التمييز بينهما، كما حدد "كابلان" مرحلة الإثارة في ضوء خصائص بيولوجية بشكل أكثر من اللازم.

اختلالات الوظيفية الجنسية Sexual Dysfunctions :

في العادة يحدث النشاط الجنسي في إطار علاقة شخصية حميمة، وفي أحسن حالاتها توفر الاتصال الجسدي والتقارب العاطفي. أما بالنسبة للأفضل أو للأسوأ، فإن معظمنا يبني جزءا من مفهومه الذاتي على نشاطنا الجنسي. فهل نقوم بإمتاع الفرد أو الأفراد الذين نحبهم، وتقديم اللذة إليهم، وهل نقوم بإشباع أنفسنا؟ أو بشكل أكثر بساطة، هل نحن قادرون على الاستمتاع بالخبرة الجنسية اللذيذة، وبحالة الاسترخاء التي تعقبها؟ حيث عندما تظهر المشكلات الجنسية، فهذا من شأنه أن يضعف تقديرنا لذاتنا ويعصف بعلاقاتنا. فالزواج الذي يعاني هذه الاختلالات الوظيفية يصبح جافًا جدًا لدرجة تؤدي إلى عدم الرضا وفقدان الحنان من النشاط الجنسي.

وننتقل الآن إلى المشكلات الجنسية التي تتعارض مع المتعة الجنسية لكثير من الأفراد في وقت ما خلال حياتهم. ونبدأ بوصف أنواع مختلفة من اختلالات الوظيفية الجنسية كما وصفها الدليل الخامس DSM-5. ثم نناقش أسباب وعلاجات لهذه المشكلات.

الوصفات الإكلينيكية للاختلالات الوظيفية الجنسية:

يقسم الدليل الخامس الاختلالات الوظيفية الجنسية إلى ثلاث فئات، هي: اضطرابات الرغبة الجنسيةsexual desire disorder، واضطرابات الإثارة الجنسية sexual arousal disorder، واضطرابات الأورجازمorgasmic disorder، واضطرابات الألم الجنسي sexual pain disorders، وهذه التشخيصات المنفصلة تنقسم إلى فئات خاصة بالرجل وأخرى بالمرأة. وينبغي أن تكون هذه الاختلالات الوظيفية الجنسية ثابتة وتحدث بشكل متكرر، وأن تسبب كربا جوهريا إكلينيكيا أو مشكلات في الوظيفة. ولن يتم تشخيص على أنه اختلال الوظيفية الجنسية إذا تم اعتبار المشكلة برمتها تدخلا في إطار المرض الطبي مثل مرض داء السكري المتقدم، الذي يتسبب في مشكلات خاصة بالانتصاب عند الرجال أو تنتج عن مرض عقلي بأكملها كما في مرض الاكتئاب الرئيس . ويوضح جدول 12-4 التواصل بين الدليل الرابع المعدل DSM-IV-R والدليل الخامس DSM-5 في تشخيصات الاختلالات الوظيفية الجنسية.

قد لا يتوقع البعض أن يذكر الأفراد المشكلات الشخصية مثل اختلال الوظيفة الجنسية في المسوح المجتمعية. ولكن الكثير من الأفراد أقروا هذه الأعراض - فانتشار أعراض الاختلالات الوظيفية الجنسية في الواقع مرتفع جدًا. ويوضح جدول 13-3 بيانات تم الحصول عليها من استطلاع مسحي على ما يقرب من ألفي رجل وامرأة، الذين تم توجيه سؤال مضمونه: هل سبق وأن ظهرت عليهم أعراض مختلفة من الاختلال الوظيفي الجنسي لفترة شهرين على مدار الاثنى عشر شهرا الماضية Laumann, Nicolosi, Glasser, et al., 2005 . وقد سجلت النساء نسبة 43% الأكثر من نسبة الرجال 31% في الاعتراف بوجود أعراض الاختلال الوظيفي الجنسي Laumann, Paik, & Rosen, 1999 .



شكل 12-4 تشخيصات الاختلالات الوظيفية الجنسية

وبالرغم من أن الأعراض قد ظهرت عند الكثير من الأفراد، إلا أنه من المهم أن نذكر أنه لا يمكـن أن تظهـر تشخيصـات إكلينيكيـة إذا لم يكـن الفرد يعاني الكـرب Distress أو الضرر البـالغ المترتـب على هذه الأعراض، فالكرب أو الضرر لم يتم تقيـيمهما خلال مسح "لاومان" Laumann. وقد جاءت دراستان بنتائج متشابهة مع النتائج السابقة، حيث ظهرت عند السيدات أعـراض الاخـتلال الـوظيفي الجـنسي بنسـبة 44.3% Bancroft, Loftus, & Long, 2003; Shifren, Monz, Russo, et al., 2008 . ولكـن عندما قام الباحثون بسؤال: هـؤلاء السـيدات عـما إذا كان هذا الاختلال الوظيفي الجنسي يسبب لهـن كربًـا، وجد أن حوالي مـن ربعهـن إلى نصـفهن فقـط يعـانين الكرب نتيجة هذا الاختلال. أي من 11% إلى 23% من السـيدات أقـرت بـأنهن يعـانين الأعـراض الجنسـية والكرب منها. وبالتأكيد هناك معدلات انتشار مرتفعة، لكن من المهم أن نشير إلى أن معظم السيدات اللاتى يعانين الأعراض لا تنطبق عليهن المعايير اللازمة لتشخيصهن إكلينيكيًا بـذلك. ومن المؤسف أننا لا نملك أية معلومات أو بيانـات تقريبـا حـول الكيفيـة التـي يتعـرض بهـا العديد من الأفراد للاختلالات الوظيفية لدرجة تصـل إلى المسـتوى الـذي يمكـن ظهـوره مـن خلال التشخيص American Psychiatric Association, 2000 .



وليام ماسترز وفيرجينيا جنسون من أوائل المعالجين في الجنس، حيث أطلاقا تقييم صريح للنشاط الجنسي البشري

وبالرغم من أن النظام التشخيصي للاختلال الوظيفي الجنسي يعكس المراحل الموجودة في دورة الاستجابة الجنسية، إلا أن المشكلات في الغالب لا تنشأ بهذا الوضوح في الحياة الواقعيـة. فالكثير مـن الأفـراد مـن ذوي مشـكلات في إحـدى مراحـل دورة الاسـتجابة الجنسـية يعـانون مشكلات في مرحلة أخرى Segraves & Segraves, 1991 . وقد يبدو للبعض أنهم يدورون في حلقة مفرغة. فعلى سبيل المثال، الرجال ممن يعانون سرعة القذف قد يبـدأون بـالقلق بشـأن الجنس، وبعد ذلك يتعرضون لمشـكلات في الرغبـة الجنسـية أو الإثـارة الجنسـية Rowland, Cooper, & Slob, 1996 . وبجانـب النتـائج الخاصـة بـالفرد، نجـد أن المشـكلات الجنسـية الموجودة عند أحد الأفراد قد تؤدي إلى حدوث مشكلات عند الشريك أيضًا. وبالرغم من ذلـك فسوف نرى في الجزء التالي الاضطرابات الخاصة بـالاختلال الـوظيفي الجـنسي بشـكل محـدود حسبما تعرفه أو تحدده DSM-5.

جدول 12-3: معدلات التعرض لأعراض الاختلالات الوظيفية الجنسية في الاثنى عشر شهرًا الأخيرة، وقد تم الإدلاء بهذه المعدلات بشكل شخصي:

المشكلة	النسبة المئوية في الرجال	النسبة المئوية في السيدات
نقص الاهتمام بالجنس	13 : 17%	27 : 32%
عدم القدرة على الوصول إلى الأورجازم	7 : 9%	22 : 28%
الوصول إلى ذروة العلاقة وإنهائها بشكل مبكر جدا	28 : 32%	لا يوجد
نقص لذة العملية الجنسية	6 : 8%	17 : 24%
مشكلات في إحداث الانتصاب أو الحفاظ على حالة الانتصاب	11 – 18%	لا يوجد
مشكلات في عملية إفراز السائل	لا يوجد	18 : 27%
الشعور بالألم أثناء العملية الجنسية	لا يوجد	8 : 15%

معايير اضطراب قصور الرغبة الجنسية عند الرجل طبقًا للدليل الخامس DSM-5
- قلة أو انعدم الخيالات والرغبات الجنسية كما تم تقييمها من خلال الطبيب لمدة على الأقل 6 شهور.

تغيرت الفئات التشخيصية للدليل الخامس لهذا الاضطراب عما ورد في الدليل الرابع المعدل في: أولاً: تضمنت اختلالات الوظيفية الجنسية طبقًا للدليل الخامس إرشادات واضحة بخصوص العلاقة بالكرب، ثانيًا: من الانتقادات الموجهة للدليل الرابع المعدل أن الاختلالات الوظيفية الجنسية جاءت غامضة بشأن مدتها الزمنية، لذا جاء الدليل الخامس محدداً مدة كل تشخيص للاختلالات الوظيفية الجنسية. فمن الشائع جدًا أن الأفراد لديهم أعراض الجنسية منذ شهر، وأغلبهم يتعاملون مع هذه الأعراض بشكل طبيعي مع مرور الوقت. على سبيل المثال، ذكر 6% من الرجال بأعراض خلل الانتصاب خلال الشهر الأخير في هذه السنة، وأقل من 1% سجلوا أن هذه الأعراض مستمرة منذ ستة أشهر أو أكثر Mercer, Fenton, Johnson, et al., 2003 . وحوالي 40% من النساء أكدن وجود خبرة فقدان الرغبة على الأقل مدة شهر خلال هذه السنة، لكن فقط 10% سجلن أن هذه الأعراض مستمرة منذ ستة أشهر. وكما سيتضح في الصناديق التشخيصية خلال هذا الفصل، بأن معايير الدليل الخامس للاختلالات الوظيفية الجنسية قد تحددت في وجود الأعراض لمدة ستة أشهر مستمرة. بالإضافة إلى تغيرات أخرى في جدول 12-4 .

معايير اضطراب الانتصاب طبقًا للدليل الخامس DSM-5
حدوث على الأقل 75% خلال المناسبات الجنسية لمدة 6 شهور:
- العجز عن بلوغ الانتصاب أو
- العجز عن الحفاظ على الانتصاب لحين الانتهاء من النشاط الجنسي أو
- انخفاض ملحوظ في قوة الانتصاب مع الإدخال أو المتعة

اضطرابات تشمل الاهتمام، والرغبة، والإثارة الجنسية Disorders Involving Sexual Interest, Desire, and Arousal: يشتمل الدليل الخامس على ثلاثة اضطرابات بدءًا من الاهتمام الجنسي، والرغبة الجنسية، والإثارة الجنسية. ويشير اضطراب الاهتمام والإثارة الجنسية عند المرأة Female sexual interest/arousal disorder إلى العجز المستمر في الاهتمام الجنسي انعدام الخيالات والرغبة الجنسية ، والإثارة البيولوجية، أو الإثارة الذاتية. أما عند الرجال - طبقًا للدليل الخامس - فيُعد الاهتمام الجنسي والإثارة الجنسية منفصلين. ويُعرف اضطراب قصور الرغبة الجنسية عند الرجل Male hypoactive sexual desire disorder بأنه قصور أو غياب الخيالات والرغبة الجنسية. ويقُصد باضطراب الانتصاب Erectile Disorder الفشل في بلوغ أو الحفاظ على الانتصاب خلال تأدية النشاط الجنسي. وتوفر لنا الحالة الإكلينيكية "روبيرت" Robert توضيحًا لاضطراب قصور الرغبة الجنسية، بينما حالة "بول" Paul و"بيتولا" Petula ستوضح اضطراب الانتصاب. ومن الضروري معرفة التفسيرات البيولوجية لهذه الأعراض عند كل من الرجل والمرأة. فعلى سبيل المثال، تُعد الاختبارات المعملية لمستويات الهرمونات جزءا روتينيا من تقييم النساء في مرحلة سن اليأس Bartlik & Goldberg, 2000 .

ومن بين الأفراد الباحثين عن العلاج للاختلالات الوظيفية الجنسية، حوالي أكثر من نصفهم يشكو من انخفاض الرغبة. وقد أصبحت التشخيصات المرتبطة بانخفاض الرغبة الجنسية أكثر شيوعًا بين الباحثين عن العلاج وذلك في الفترة من 1970 حتى 1990 Beck, 1995 . ويوضح جدول 12-3 أن النساء أكثر عرضة من الرجال في التعرض لحالات عرضية من القلق بشأن مستواهن في الرغبة الجنسية. كذلك وجد أن النساء بعد سن اليأس أكثر تعرضًا لانخفاض الرغبة الجنسية بمعدل من 2 إلى 4 مرات مقارنة بالنساء في العشرينات من العمر. ومن ناحية أخرى، فالنساء الأكبر سنًا أقل كربًا من انخفاض الرغبة الجنسية Derogatis & Burnett, 2008 . وتعد أعراض اضطراب الانتصاب من حين لآخر هي الأكثر شيوعا لإثارة القلق بين الرجال، حيث تتراوح معدلاتها ما بين 13 و28 في المائة، ويتوقف ذلك على البلد Laumann et al., 2005 . وزاد معدل حدوث اضطراب الانتصاب بشكل كبير مع التقدم في السن، حيث وصل إلى أن حوالي 15 في المائة من الرجال في السبعينيات من العمر يقرون باضطراب الانتصاب Feldman, Goldstein,

Hatzichristou, et al., 1994، وقد ذكر العديد من الرجال حدوث اختلال وظيفي في الانتصاب أحيانًا بنسبة 70 في المائة Kim & Lipshultz, 1997 .

وبشكل عام ففي كل تشخيصات الدليل الخامس - اضطرابات الرغبة الجنسية - تشير إلى انخفاض الحافز للجنس، ويبدو ذلك أكثر ذاتيًا. فكم عدد المرات التي يحتاج الفرد فيها للجنس؟ وما شدة هذه الرغبة؟، فغالبا ما يشجع الشركاء الفرد على الذهاب إلى الطبيب. وقد تنتج فئة "قصور الرغبة الجنسية" من التوقعات العالية لدى الأفراد حول الممارسة الجنسية. وتؤكد البيانات على أهمية العوامل الذاتية والثقافية في تحديد انخفاض الحافز الجنسي. فعلى سبيل المثال وجد أن اضطراب قصور الرغبة الجنسية سجل بنسبة أعلى بين الرجال الأمريكيين عند مقارنته بالرجال البريطانيين Hawton, Catalan, Martin, et al., 1986 ، أو الرجال الألمان Arentewicz & Schmidt, 1983 ، بالرغم من تشابه مستويات الممارسة الجنسية عبر هذه الثقافات. فمن الواضح أن المعايير الثقافية تؤدي دورا مؤثرا في الإدراكات الخاصة بما هو مقدار أو كمية الجنس التي ينبغي على الفرد أن يرغب في ممارستها؟.

وكما اتضح في شكل 12-4 لتميز الدليل الرابع المعدل لاضطراب الرغبة الجنسية عن اضطراب الإثارة الجنسية عند المرأة. والقرار الخاص بجمع هذين الاضطرابين معًا في فئة تشخيصية واحدة في الدليل الخامس يعتمد على الدليل الذي سبق توضيحه بأنه من الصعب الفصل بين الرغبة والإثارة عند العديد من النساء. بالإضافة إلى أن أغلب النساء اللاتي طلبن العلاج من اضطراب الإثارة الجنسية أيضًا سجلن انخفاض الرغبة Segraves & Segraves, 1991 . لذا صمم الدليل الخامس على أن يناسب هذه التغيرات في فهم اختلالات الوظيفية الجنسية.

جدول 12-4 تشخيصات الاختلالات الوظيفية الجنسية طبقًا للدليل الخامس DSM-5

التشخيص في الدليل الخامس	التغيرات المفتاحية في الدليل الخامس
اضطراب الاهتمام/الإثارة الجنسية عند المرأة	- اضطراب الاهتمام واضطراب الإثارة لم يعودا منفصلين عند المرأة، لأنهما كثيرًا ما يتدخلان معًا. - بدلاً من عرض وحيد، أصبحت الفئة التشخيصية تحتوى على ستة. - أضيف معيار للمدة الزمنية والشدة.
اضطراب قصور الرغبة الجنسية عند الرجل	- أضيف معيار للمدة الزمنية.

التشخيص في الدليل الخامس	التغيرات المفتاحية في الدليل الخامس
اضطرابات الأورجازم نشوة أو رعشة الجماع عند المرأة	- أضيف معيار للمدة الزمنية والشدة
اضطراب الانتصاب	- أضيف معيار للمدة الزمنية والشدة
سرعة القذف القذف المبكر	- أضيف معيار للمدة الزمنية والشدة
تأخير القذف	- أضيف معيار للمدة الزمنية والشدة
الألم الحوضى- التناسلي/ اضطراب الإيلاج	- تشخيص جديد يدمج تشخيصين للدليل الرابع المعدل معًا، هما :عسر الجماع والتشنج المهبلي

وفي الدليل الرابع المعدل، يعتمد اضطراب الإثارة الجنسية عند المرأة على الإثارة التناسلية غير الكافية. فهذا ليس مثاليا لأنه أصبح هناك زيادة في وضوح أن دائما لا ترتبط الإثارة البيولوجية والإثارة الذاتية عند المرأة، والنساء اللاتي يطلبن العلاج دائمًا يركزن على نقص الإثارة الذاتية أكثر من الإثارة البيولوجية Basson, Althof, Davis, et al., 2004 . فعند إجراء فالدراسات المعملية باستخدام مخطط الحجم المهبلي vaginal plethysmograph، وجد أن النساء اللاتى يعانين نقص الإثارة الذاتية عادة تكون استجابتهن البيولوجية طبيعية لمنبهات المحفزة Graham, 2010 .

معايير اضطراب الاهتمام/الإثارة الجنسية عند المرأة طبقًا للدليل الخامس DSM-5

نقص أو غياب معدل ثلاثة على الأقل من ستة معايير لمدة ستة أشهر فأكثر:

- الاهتمام بالنشاط الجنسي.
- التخيلات أو الأفكار الجنسية.
- بدء النشاط الجنسي والاستجابة لبدء محاولة الشريك.
- الإثارة/ المتعة الجنسية خلال 75% من اللقاءات الجنسية.
- حدوث الاهتمام/الإثارة الجنسية لأي منبهات داخلية أو خارجية جنسية.
- الإحساسات التناسلية أو غير التناسلية أثناء 75% من اللقاءات الجنسية.

نستخلص من هذه المعرفة، أن المعايير التشخيصية للدليل الخامس للاضطراب الاهتمام/ الإثارة الجنسية عند المرأة تشمل انخفاض الإثارة البيولوجية والذاتية.

الحالة الإكلينيكية "روبرت" Robert

كان "روبرت" طالبا شديد الذكاء، يبلغ من العمر 25 عاما، وهو في آخر سنة دراسية في قسم الفيزياء في جامعة الساحل الشرقي الشهيرة، وهو يلفت انتباهنا إلى ما يسميه "الخجل الجنسي" sexual diffidence. وقد قام بخطبة فتاة صغيرة، ولقد صرح بأنه يهيم حبا بخطيبته ويشعر أنه منسجم معها بشكل ملحوظ للغاية، إلا في الفراش، هناك

يحاول قدر إمكانه، مع تفهم واضح من جانب خطيبته، أنه يجد نفسه غير مهتم ببدء اتصال جنسي أو التجاوب معه إذا بدأته خطيبته. وقد أرجع كل من الطرفين هذه المشكلات إلى ضغوط الدراسة التي تعرض لها خلال العامين الآخرين. غير أن المناقشة مع الطبيبة كشفت عن أن "روبرت" قليل الاهتمام بالجنس سواء أكان مع الرجال أو النساء، وأنه لا يرغب في ممارسة الجنس حتى بعد أن خفت ضغوط العمل، وقد أكد أنه يرى خطيبته مثيرة للغاية وعلى درجة هائلة من الإغراء، لكنه لا يشعر معها بالشبق الجنسي، كما أنه لا يشعر بذلك مع الفتيات الأخريات.

ولقد مارس العادة السرية بكثافة في مرحلة المراهقة، ولم يؤد موعدا غراميا حتى دخوله الكلية، بالرغم من أن له الكثير من الصديقات والزميلات. وقد كانت حياته بصفة عامة، بما فيها الجنس، حياة تحليلية عقلانية منطقية. وقد وصف مشكلته للطبيب بشكل فاتر جدا من الناحية الجنسية، ويتسم بعدم الاحتكاك بالجنس الآخر، وقد اعترف بكل سهولة أنه لم يذهب إلى أي طبيب على الإطلاق، ولكنه قبل في النهاية بسبب مطالبة خطيبته المتكررة والواضحة، والتي كان القلق يساورها بشأن مستقبل علاقتهما الزوجية، والتي ستتأثر سلبيا نتيجة افتقاره للاهتمام بممارسة الجنس.

وبعد جلسات فردية قليلة، طلب الطبيب من الفتى الصغير أن يدعو خطيبته لحضور جلسة علاجية، وقد وافق الشاب عن طيب نفس. وفي أثناء إحدى الجلسات المشتركة، بدا الاثنان ملتهبي العواطف ويتطلعان إلى العيش معا، بالرغم من أن الفتاة عبرت عن قلقها بشأن فتور الاهتمام عند خطيبها بالأمور الجنسية.

الحالة الإكلينيكية: "بول" Paul و"بيتولا" Petula

يبحث كل من "بول" و"بيتولا" عن عيادة طبية جنسية، وهما رفيقان صغيران من الطبقة المتوسطة، وقد عاشا سويا لمدة ستة أشهر وتمت خطوبتهما تمهيدا لزواجهما، فقد قالت "بيتولا" "إن "بول" لا يستطيع الحفاظ على حالة الانتصاب بعد أن يدخل بي"، وذلك في الشهرين الأخيرين، ويبدأ هو في الإثارة الجنسية غير أنه ما يلبث أن يفقد انتصابه في الحال تقريبا، بعد أن يدخل "ببيتولا"، وعلى الرغم من أنهما كانا يستمتعان بلقائهما الجنسي في بداية علاقتهما، إلا أن مشاكل الانتصاب قد بدأت في الظهور بعد أن انتقلا للعيش سويا، وقد علم الطبيب أثناء المقابلة الفردية أنهما يتشاجران طوال الوقت الذي يقضيانه سويا، وفي بعض الأوقات كانت "بيتولا" عنيفة تجاه "بول"، غير أن أي أحد منهما لا يبدو مكتئبا، ولا تبدو هناك أية مشاكل طبية يعانيانها.

اضـطرابات الأورجـازم نشـوة أو رعشـة الجـماع Orgasmic disorders: فمثـل بـاقي الاخـتلالات الوظيفيـة الجنسـية، يشـتمل الـدليل الخـامس DSM-5 عـلى فئتـين تشخيصـيتين منفصـلتين لمشـكلات الوصول إلى الأورجازم لدى السيدات والرجال. فاضـطرابات الأورجازم نشوة أو رعشـة الجـماع عنـد المـرأة Female orgasmic disorder يشـير إلى الغيـاب الـدائم أو الانخفاض الشديد لذروة العملية الجنسـية Orgasm بعـد الإثـارة الجنسـية. وتتبـاين السـيدات بصـفة عامـة في مستويات الوصول إلى الأورجازم رعشـة الجـماع . بـالرغم من أن هناك بعض النساء قد يصلن إلى الأورجـازم رعشـة الجـماع بسرعـة، بـدون أن يحـدث تحفيـز كبـير للبظـر clitoral stimulation. في حين نجد أخريـات يبـدو أنهـن في حاجة إلى الإثارة الشـديدة والممتـدة قبـل وأثنـاء اللقـاء الجنسي. وفي ضوء ذلك، فليس من الاندهاش وجود حـوالي ثلثـي السـيدات لا يصـلن إلى ذروة العمليـة الجنسـية أو الأورجـازم بشـكل دائـم مـع رفقـائهن Laumann et al., 2005 . ولا يتم تشـخيص اضـطرابات الأورجـازم نشـوة أو رعشة الجماع عند المرأة إلا إذا كان هناك غياب الوصول إلى الأورجازم بشـكل دائـم ومـزعج. حيث ذكرت ثلثي النساء أنهن يمثلن يزيفن وصولهن للأورجازم من حين لآخر لمجـرد مراعـاة وحماية مشاعر رفقائهن Muehenhard & Shippee, 2010 . في حين أن الكثـير مـن الرجـال غير مدركين أو على الأقل لم يذكروا ذلك بوصول شركائهن إلى الأورجازم Herbenick et al., 2010a .

معايير اضطراب الأورجـازم نشـوة أو رعشـة الجـماع عنـد المـرأة طبقًـا للدليل الخامس DSM-5:
حـدوث الأعـراض عـلى الأقـل بنسـبة 75% خـلال اللقـاءات الجنسـية في ستة أشهر:
- ملاحظـة تـأخر أو عـدم كفـاءة أو غياب الأورجازم.
- ملاحظـة الانخفـاض الشـديد للإحساسات الأورجازم.

معايير اضطراب القذف السريع طبقًا للدليل الخامس DSM-5:
- الميل للقذف أثناء النشاط الجـنسي مع الشريك في غضون دقيقـة مـن بدء النشاط الجنسي، ويحدث على الأقل بنسبة 75% خلال اللقـاءات الجنسية في ستة أشهر.

وتختلف مشكلات النساء المتعلقة بالوصول إلى الأورجازم رعشة الجماع عن مشكلاتهن مع الإثارة الجنسية. حيث إن العديد من السيدات يحققـن الإثـارة أثنـاء الممارسـة الجنسـية، ولكنهن لا يصلن إلى الأورجـازم رعشـة الجـماع بعـد ذلـك، ففـي الواقـع، أوضـحت الأبحـاث المعملية أن مستويات الإثارة أثناء مشاهدة أحد المثيرات الجنسية لا تختلف عن النساء الـلائي يعانين اضطراب الأورجازم رعشة الجماع عند مقارنتهن بـاللائي لايعـانين اضـطراب الأورجـازم Meston & Gorzalka, 1995 .

معايير اضطراب تأخير القذف طبقًا للدليل الخامس DSM-5:
- التأخر الملحوظ أو غياب الأورجازم على الأقل بنسبة 75% خلال اللقاءات الجنسية في ستة أشهر.

ويشتمل الدليل الخامس DSM-5 على فئتين تشخيصيتين منفصلتين لاضطرابات الأورجازم عند الرجال: سرعة القذف القذف المبكر Premature ejaculation ويتم تعريفه بحدوث القذف بشكل سريع للغاية. وتأخير القذف Delayed ejaculation ويشير إلى الصعوبة المستمرة في حدوث القذف. وبالرغم من عدم معرفة الباحثين العدد الفعلي للذكور ممن ينطبق عليهم هذه المعايير التشخيصية. إلا أن حوالي من 20% إلى 30% من الذكور ذكروا حدوث سرعة القذف لديهم، في حين أن من 20% إلى 30% من الرجال أقروا بمعاناتهم مشكلات الوصول إلى الأورجازم لمدة شهرين كاملين على الأقل في العام الماضي، وذلك طبقًا للدراسة المسحية لـ "لومان" Laumann 2005 . وبالرغم من شيوع حدوث الأعراض لفترات صغيرة، نجد أن أقل من 3% فقط من الرجال يعترفون باستمرار حدوث أعراض سرعة القذف لمدة ستة أشهر أو أكثر Segraves, 2010 . واستخلصت المعايير التشخيصية لسرعة القذف من المجتمع العالمي للطب الجنسي the International Society for Sexual Medicine McMahon, Althof, Waldinger, et al., 2008 .

معايير اضطراب الألم الحوض – التناسلي/ اضطراب الإيلاج طبقًا للدليل الخامس DSM-5:
الصعوبات المتكررة أو المستمرة على الأقل ستة أشهر لواحد على الأقل من الأعراض التالية:
- العجز عن الإيلاج المهبلي أثناء الجماع
- ملاحظة ألم في الفرجية المهبلية أو التناسلية أثناء الإيلاج المهبلي أو محاولات الجماع
- الخوف أو القلق الملحوظ من الألم أو الإيلاج
- ملاحظة توتر في العضلات التناسلية أثناء محاولة الإيلاج المهبلي

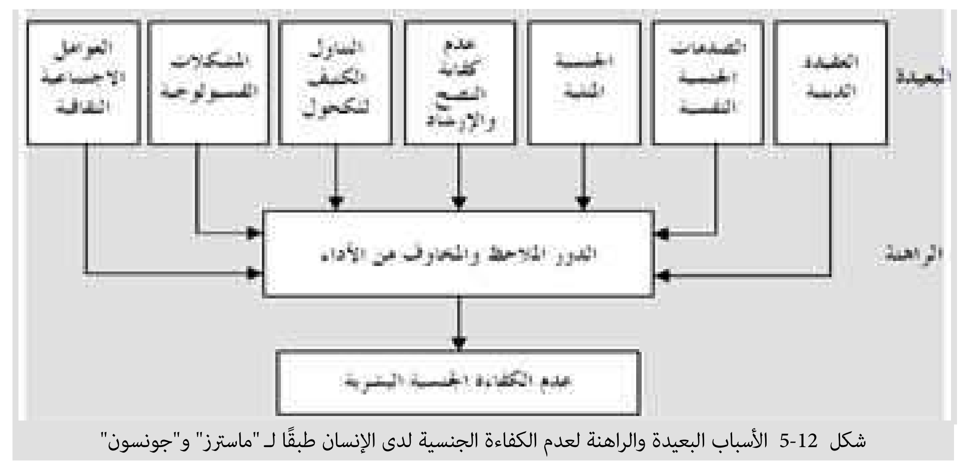
اضطرابات الألم الجنسي Sexual pain disorders:
وطبقًا للدليل الخامس يُعرف الألم الحوضي – التناسلي/ اضطراب الإيلاج Genito-pelvic pain /penetration disorder بأن الشعور المتكرر والمستمر بالألم أثناء عملية الجماع. فقد أقرت بعض النساء بحدوث الألم أثناء بدء الإيلاج، بينما ذكرت الأخريات حدوث الألم فقط بعد الإيلاج Meana, Binik, Khalife, et al., 1997 . وتمثل الخطوة الأولى للتشخيص التأكد من أن الألم لدى النساء ليس راجعًا لمشكلة طبية، مثل العدوى McCormick, 1999 ، أو لنقص الإفرازات المهبلية بسبب انخفاض الرغبة أو التغييرات بعد سن اليأس. وبالرغم من أن حدوث اضطرابات الألم الجنسية يمكن تشخيصها عند النساء والرجال، سنركز على النساء فقط لندرة طلب الرجال العلاج من هذا الاضطراب.

فأغلب النساء المصابات باضطراب الألم الجنسية يمررن بخبرة الإثارة الجنسية الطبيعية، ويمكن أن يصلن إلى الأورجازم رعشة الجماع من خلال التحفيز اليدوي أو الفمي بدون الاحتواء على الإيلاج. فالنساء اللاتى يعانين الألم عندما يحاولن الجماع الجنسي يظهرن مستويات طبيعية من الإثارة الجنسية الطبيعية تجاه أفلام الجنس الفمي، غير أن إثارتهن تتناقص عندما يشاهدن تصويرا للجماع الجنسي Wouda, Hartman, Bakker, et al., 1998 .

وقدرت معدلات انتشار أعراض الألم أثناء الجماع عند النساء ما بين 10% إلى 30% Laumann et al., 2005 . وتعد من الأعراض الشائعة التي يشكى بها لأطباء النساء والولادة leiblum, 1997 .

وكما اتضح من شكل 12-4 ، أن الدليل الرابع المعدل DSM-IV-R قسم اضطرابات الألم إلى شقين، هما: عسر الجماع Dyspareunia، ويُعرف بأنه شعور بالألم دائم أو متكرر أثناء الجماع. والتشنج المهبلي Vaginismus ويشير إلى التشنجات العضلية اللاإرادية للمثلث الخارجي من المهبل، لدرجة تجعل من المستحيل حدوث الجماع. وقد تم دمج هذين الاضطرابين معًا في الدليل الخامس، لأنه أصبح من الواضح اشتراك حدوثهما معًا. ففي إحدى الدراسات الموجهة بشكل مباشر لقياس التوتر العضلي للمهبل، وجد أن النساء المصابات بعسر الجماع والتشنج العضلي أظهرن مستويات متقاربة من التوتر العضلي Bink, 2010 . لذا فإنه من المستحيل التمييز بينهما عمليًا، وفكرة دمجهما تبدو جيدة.

أسباب الاختلالات الوظيفية الجنسية:



شكل 12-5 الأسباب البعيدة والراهنة لعدم الكفاءة الجنسية لدى الإنسان طبقًا لـ "ماسترز" و"جونسون"

وقد قام كل من "ماسترز" و"جونسون" في عام 1970 بنشر كتابهما الرائع بعنوان "عدم الكفاءة الجنسية البشرية" "Human Sexual Inadequacy"، والذي ضم نظرية تفسر أسباب ظهور الاختلالات الوظيفية الجنسية، وهذه النظرية تعتمد على دراسات حالة قام كل منهما بإجرائها أثناء ممارستهما. وقد استخدم "ماسترز" و"جونسون" نموذجاً لوصف الأسباب الراهنة لعدم الكفاءة الجنسية البشرية انظر شكل 12-5 . ويمكن تقسيم الأسباب الراهنة إلى شقين: المخاوف بشأن الأداء fears about performance، وتبني دور المشاهد the adoption of a spectator role. ويشير "الخوف بشأن الأداء" إلى أن القلق المفرط بشأن كيفية أداء الفرد أثناء العملية الجنسية. أما "دور المشاهد" فيشير إلى أن الفرد يكون ملاحظا ومراقبا للتجربة الجنسية أكثر من كونه مشاركا فيها. غير أن كلا السببين يشير إلى التركيز على الأداء الجنسي الذي يعوق الاستجابات الجنسية الطبيعية، وهذان السببان يؤديان إلى الاختلالات الجنسية التي يفترض أن يكون لها واحد أو أكثر من السوابق التاريخية، مثل التأثيرات الاجتماعية الثقافية، أو الأسباب البيولوجية، أو الصدمات الجنسية. فكتاب "ماسترز" و"جونسون" بمثابة نقطة البداية للباحثين من أجل الانطلاق في إجراء الدراسات بشكل منهجي لدراسة عوامل استهداف الاختلالات الوظيفية الجنسية. ويلخص شكل 12-6 هذه العوامل المرتبطة بالاختلالات الجنسية. والنقطة الوحيدة الواضحة هنا أن الوظيفية الجنسية تتميز بالتعقيد وبالأوجه المتعددة.

	الوظيفة الجنسية الناجحة	الوظيفة الجنسية الضعيفة
العوامل النفسية	- الصحة النفسية الجيدة - الانجذاب نحو الشريك - اتجاه إيجابي تجاه الشريك - اتجاه إيجابي نحو الجنس	- اضطرابات الاكتئاب أو القلق - التركيز على الأداء - الروتين الشديد - انخفاض تقدير الذات - البيئة غير المريحة لممارسة الجنس - التصلب، والاتجاه السلبي تجاه الجنس - الأفكار السلبية عن الجنس
العوامل الجسمية	- الصحة الجسمية الجيدة - الممارسة المناسبة المنتظمة - التغذية الجيدة	- التدخين - الإفراط في شرب الكحوليات - مشكلات القلب والأوعية الدموية - مرض السكري - الأمراض العصبية - انخفاض الشهوة الفسيولوجية

	الوظيفة الجنسية الناجحة	الوظيفة الجنسية الضعيفة
		- الأدوية مثبطات السيروتونين - الأدوية ضد ارتفاع ضغط الدم - أدوية أخرى
العوامل الاجتماعية والتاريخية الجنسية	- تجارب جنسية إيجابية في الماضي - علاقة جيدة مع الشريك - المعلومات والمهارات الجنسية	- الاغتصاب أو الاعتداء الجنسي - مشكلات في العلاقة مثل الغضب أو ضعف التواصل - فترات طويلة من الامتناع عن ممارسة الجنس - تاريخ لممارسة الجنس السريع

شكل 12-6 : منبئات الوظيفة الجنسية Wincze & Barlow, 1997

العوامل البيولوجية: كما ذكرنا سابقًا، تمثل الخطوة الأولى لتشخيص الاختلال الوظيفي الجنسي استبعاد الأمراض الطبية كسبب. وقد اشتمل الدليل الخامس على فئتين مستقلتين للاختلالات الوظيفية الجنسية التي تحدث بسبب أمراض طبية. قد انتقد البعض هذا التقسيم في التشخيص لأن الاختلالات الوظيفية الجنسية عادة تسهم فيها بعض العوامل البيولوجية والنفسية. وتتضمن الأسباب البيولوجية للاختلالات الوظيفية الجنسية: تصلب الشرايين، ومرض السكري، وتصلب الأنسجة المتعدد Multiple Sclerosis، وإصابة النخاع الشوكي، وانخفاض مستويات هرمون التستوستيرون أو هرمون الاستروجين، والتناول الكثيف للكحول قبل العملية الجنسية، والاعتماد المزمن على الكحول، وتدخين السجائر بغزارة Bach, Wincze, & Barlow, 2001 . وهناك بعض الأدوية مثل العقاقير المضادة لارتفاع ضغط الدم، وعقاقير مثبطات السيروتونين خصوصًا الاكتئاب مثل بروزاك Prozac وزولوفت Zolft التي يتضح تأثيرها الشديد في الوظيفية الجنسية كحدوث تأخير الأورجازم، وانخفاض الرغبة الجنسية، ونقص الإفرازات الجنسية Segraves, 2003 . وبين كبار السن مما يعانون اختلالا وظيفيا للانتصاب، فعادة ما يرجع إلى اضطراب الأوعية الدموية Wylie & Maclnnes, 2005 .

وبجانب هذه الأمراض العامة، هناك بعض العوامل البيولوجية المتسببة لاختلالات وظيفية جنسية محددة. فعلي سبيل المثال، اقترحت الأدلة المعملية أن الذكور ممن يعانون سرعة القذف يكونون أكثر استجابة جنسية للتحفيز اللمسي مقارنة بالذكور ممن لا يعانون هذه المشكلة Rowland et al., 1996 . إذن فربما تكون أعضاؤهم التناسلية الذكورية أكثر حساسية، مما يسبب القذف بشكل سريع أو مبكر.

العوامل النفسية: قد ترجع بعض الاختلالات الوظيفية الجنسية إلى الاغتصاب، أو سوء الاستخدام الجنسي في الطفولة، أو اللقاءات الجنسية المُهينة الأخرى. ويرتبط الاستخدام الجنسي في الطفولة بارتفاع معدلات انخفاض الرغبة والإثارة، وزيادة سرعة القذف بمعدل مرتين لدى الذكور Laumann et al., 1999 . ويستعرض تركيز الاكتشاف 12-3 اللاحق في هذا الفصل على مناقشة المزيد من تداعيات سوء الاستخدام الجنسي في مرحلة الطفولة. وبجانب دور الخبرات الصدمية، من المهم الأخذ في الاعتبار فوائد الخبرات الإيجابية - فكثير من الأفراد يعانون مشكلات جنسية بسبب افتقارهم إلى المعرفة والمهارة، وذلك لعدم توفر فرص لمزيد من التعلم عن حياتهم الجنسية Lopiccolo & Hogan, 1979 .

فالمشكلات العديدة للعلاقة عادة تتداخل في الإثارة والمتعة الجنسية Bach et al., 2001 . فعند النساء، وجد ارتباط المخاوف من محبة ومودة شريكهن بالرضا الجنسي Nobre & Pinto-Gouveia, 2008 . وبالنسبة للأفراد الذين يميلون إلى الخوف من علاقاتهم، قد تؤدي المشكلات الجنسية إلى تفاقم المخاوف الكامنة حول آمن العلاقة Birnbaum, Ries, Mikulincer, et al., 2006 . فكما هم متوقع، الأفراد الذين يشعرون بالغضب من شركائهم أقل احتمالاً في طلب ممارسة الجنس Beck & Bozman, 1995 . حتى في الأزواج الذين يرضون بشكل عام بالعلاقة، فضعف التواصل قد يسبب الاختلال الوظيفي الجنسي. وذلك لأسباب متعددة منها الشعور بالإحراج، والقلق حول مشاعر الشريك، أو الخوف، فالأفراد الأحباء ربما لا يخبرون شركاءهم عن تفضيلاتهم في العلاقة حتى لو كان محفزات أوسلوكيات مكروهة.

فيزيد الاكتئاب والقلق من الاستهداف للاختلالات الوظيفية الجنسية Hayes, Dennerstein, Bennett, et al., 2008 . والأفراد ذوو الاكتئاب أكثر عرضة بمعدل مرتين للاختلال الوظيفي الجنسي مقارنة بالأفراد غير المكتئبين 62 في المائة في مقابل 26 في المائة Angst, 1998 . والأفراد ذوو اضطراب الهلع الذين غالبًا ما يخافون من الأحاسيس الجسمية، مثل معدل ضربات القلب السريع والتعرق، هم أيضًا أكثر استهدافًا للاختلال الوظيفي الجنسي Shrocco, Weisberg, Barlow, et al., 1997 . فالقلق والاكتئاب عادة يصاحب الألم الجنسي Meana, Binik, Khalife, et al., 1998 . واضطرابات أخرى تشمل انخفاض الرغبة والإثارة الجنسية Araujo, Durante, Feldman, et al., 1998; Hartmann, Heiser, Ruffer-Hasse, et al., 2002 .

وبالإضافة إلى الأدلة حول أن الاكتئاب والقلق من الأسباب المضرة للعلاقات الجنسية، تشير العديد من الدراسات إلى أن انخفاض الإثارة الفسيولوجية العامة يمكن أن يتداخل مع الإثارة الجنسية المحددة. وقد بحث "ميستون" Meston و"جورزلاكا"

Gorzalka 1995دور الإثارة من خلال تقييمها في ظروف العمل أو عدم العمل، وذلك بطلب من النساء بمشاهدة الأفلام المثيرة. وكما هو متسق فإن طبيعة العمل يمكن أن تسهل الدور الإيجابي لارتفاع الإثارة. فلا عجب إذن، أن الأزواج المرهقين بعد يوم كامل من العمل - بما في ذلك تربية الأطفال، والتنشئة الاجتماعية، والأدوار الأخرى - يصعب عليهم ممارسة الجنس. فالتعرض للمشقة والإرهاق يعوقان بشكل واضح النشاط الجنسي Morokoff & Gilliland, 1993 .

فكل من المعارف السلبية مثل المخاوف بشأن الحمل أو الإيدز، والاتجاهات السلبية حول الجنس، أو الخوف من الشريك تتداخل مع الأداء الجنسي Reissing, Binik, & Khalife, 1999 . ولكن كما اقترح "ماسترز" و"جونسون" بأن المعرفة حول الأداء الجنسي لها أهمية خاصة Carvallo & Nobre, 2010 . وبالنظر في فكرة أن التباين في الأداء الجنسي أمر شائع بسبب يوم شاق، ظروف مشتتة، قلق العلاقة، أو أي عدد من الموضوعات الأخرى التي تقلل من الاستجابة الجنسية. والنقطة الرئيسة في هذا السياق هي كيف يفسر الأفراد انخفاض الاستجابة الجسمية عند حدوثها. فقد وجدت إحدى النظريات أن الأفراد الذين يلومون أنفسهم عند انخفاض الأداء الجنسي سيكونون أكثر عرضة لتطوير تكرار مشكلات جنسية أخرى.

ففي فحص لدور اللوم الذاتي وعدم القدرة على الانتصاب، طلب "ويسبيرج" Weisberg وزملاؤه 2001 52 مشاركا من الذكور لمشاهدة أفلام فيديو مثيرة جنسية، وخلال تلك المشاهدة، يتم قياس إثارتهم الجنسية محيط القضيب باستخدام مخطط حجم القضيب انظر شكل 13-6 . فبغض النظر عن الإثارة الفعلية، أعطي الذكور تقييمات خاطئة بأن حجم الانتصاب كان أصغر مما تم قياسه بالفعل بين الذكور المُثارة. وقد تم توزيع الذكور بشكل عشوائي لتلقي تفسيرين مختلفين عن تقييماتهم الخاطئة. في المجموعة الأولى ذكر لهم أن الأفلام لم تبد مثيرة لمعظم الذكور تفسير لعزو خارجي . وفي المجموعة الثانية، قيل لهم إن نمط استجاباتهم على الاستبيانات حول الحياة الجنسية قد يساعد في تفسير انخفاض الإثارة تفسير لعزو داخلي . وبعد تلقي هذه التقييمات، طلب من الرجال مشاهدة أكثر من فيلم. فوجد أن الرجال الذين أعطوا تفسيرا داخليًا أقل إثارة، حيث جاءت الأدلة الفسيولوجية أقل تسجيلاً للإثارة خلال المشاهدة مقارنة بالأفراد الذين تلقوا تفسيرًا خارجياً. وتدعم هذه النتائج فكرة أن الأفراد الذين يلومون أنفسهم عندما لا تقوم أجسامهم بالأداء الجنسي المطلوب، فهم أكثر تعرضًا لمترتبات انخفاض الإثارة. وغني عن القول، بأن نذكر أن الذكور في هذه الدراسة قد تم استجوابهم بعناية بعد التجربة!

فبينما يقلق الذكور من الانتصاب، نجد الكثيرات من النساء يركزن على الأفكار السلبية الخاصة بجاذبيتهن. فالكثير من النساء يعانين أفكارا سلبية عن وزنهن أو مظهرهن أثناء عملية الجنس Pujols, Seal, & Meston, 2010 .

فبالإضافة إلى المخاوف من الأداء والجاذبية الجنسية. وجد "ماسترز" و"جونسون" أن العديد من مرضاهم ذوي الاختلالات الوظيفية الجنسية قد تعلموا آراء سلبية حول النشاط الجنسي من بيئتهم الاجتماعية والثقافية. على سبيل المثال، بعض الأديان والثقافات لا تشجع على ممارسة الجنس من أجل المتعة، لاسيما خارج إطار الزواج. كذلك نجد ثقافات أخرى لا توافق على سلوك المبادرة لطلب الجنس بين النساء إلا من أجل الإنجاب. فعندما يتعلم الأفراد هذه الآراء السلبية حول الحياة الجنسية يمكن أن تؤثر على الطريقة سلوكهم الجنسي. فمثلاً على ذلك، كانت حالة مرضية تعاني قصور الرغبة الجنسية، لأنها نشأت على ألا تنظر إلى نفسها عارية في المرآة، وأن الجماع في الزواج فقط لأغراض إنجاب الأطفال. والشعور بالذنب من الانخراط في السلوك الجنسي يبدو منتشرًا من خلال الجماعة الثقافية، ويؤدي إلى هبوط الرغبة الجنسية Woo, Brotto, & Gorzalka, 2011 .

الملخص السريع:

قسمت اضطرابات الاختلال الوظيفي الجنسي طبقًا للدليل الخامس إلى الآتي:

- اضطرابات الاهتمام، والرغبة، والإثارة الجنسية اضطراب الاهتمام والإثارة الجنسية عند المرأة، واضطراب قصور الرغبة الجنسية عند الرجل، واضطراب الانتصاب .
- اضطرابات الأورجازم اضطرابات الأورجازم نشوة أو رعشة الجماع عند المرأة، سرعة القذف القذف المبكر ، وتأخير القذف .
- اضطرابات الألم الجنسي الألم الحوض – التناسلي/ اضطراب الإيلاج .

وبالرغم من عدم وجود تقييمات جيدة لعدد الأفراد الذين تنطبق عليهم المعايير التشخيصية لاضطرابات الاختلال الوظيفي الجنسي، إلا أن أحد المسوحات الكبيرة أظهرت أن 43% من النساء و31% من الرجال أقروا بوجود عرض على الأقل من أعراض الاختلال الوظيفي الجنسي. كذلك وجد أن الأفراد الذين يعانون أحد اضطرابات الاختلال الوظيفي الجنسي عادة تصاحبهم خبرة لاضطراب اختلال وظيفي جنسي آخر، فمثلا: الرجل الذي يعاني سرعة القذف قد يظهر عنده اضطراب هبوط الرغبة الجنسية. وقبل تشخيص الاختلال الوظيفي الجنسي، فمن المهم أن نستبعد التفسيرات الطبية لأي من الأعراض.

ومن الأسباب الرئيسة للاختلالات الوظيفية الجنسية تبدو في سوء الاستخدام السابق للجنس، أو مشكلات في العلاقات، أو افتقار المعرفة الجنسية، أو اضطرابات نفسية مثل الاكتئاب، والقلق، والإفراط في تناول الكحول، وانخفاض الإثارة، والإرهاق، أو المعرفة والاتجاهات السلبية حول الأداء الجنسي. فقد يكون أحد الأسباب المحتملة لسرعة القذف هو الحساسية الزائدة للعضو الذكرى.

علاجات الاختلالات الوظيفية الجنسية:

إن العمل الرائد الذي قام به كل من "ماسترز" و"جونسون" في عام 1970 في علاج الاختلالات الوظيفية الجنسية، تم وصفه في "نظرة على الاكتشاف" 12-2 . حيث قام أطباء وباحثون على مدى الثلاثين عاما الماضية بالمساهمة في الدراسات التي يتضمنها عمل "ماسترز" و"جونسون" ووضع إجراءات جديدة. وسنتعرض للعديد من الإجراءات التي توضح العمل الذي قام به كل من "ماسترز" و"جونسون". قد يختار أي معالج طريقة واحدة فقط لحالة ما، ولكن الطبيعة متعددة الأوجه للاختلالات الوظيفية الجنسية، غالبا ما تتطلب استخدام مزيج من التقنيات والأساليب. وتعتبر هذه الأساليب مناسبة لعلاج الاختلالات الوظيفية الجنسية في الجنسية المثلية، كما لدى الأفراد ممن يمارسون الجنس مع الجنس الآخر.

تركيز الاكتشاف 12-2

علاج "ماسترز" و"جونسون" للاختلالات الوظيفية الجنسية Masters and Johnson's Therapy for Sexual Dysfunctions

عندما تم نشر كتاب "نقص الكفاءة الجنسية البشرية" Human Sexual Inadequacy في عام 1970، أبلغ كل من "ماسترز" و"جونسون" عن النتائج الناتجة لواحد من أوائل البرامج الخاصة بالمعالجة الجنسية، والذي قاما بإجرائه لما يقرب من 800 شخص يعانون اختلالات وظيفية جنسية. فقد سافر كل زوج من العشاق إلى مدينة سانت لويز St. Louis، وقضيا أسبوعين من المواظبة على العلاج أثناء النهار وإتمام الواجب الجنسي في الفندق أثناء الليل.

وفي عمل "ماسترز" و"جونسون"، كان الأزواج يعرضون على طبيب معالج واحد، وطبيبة واحدة. وفي خلال عدة أيام أتم الأزواج التقييم الخاص بالتاريخ الاجتماعي، والتاريخ الجنسي، والقيم الجنسية، والمخاوف الطبية Medical Concerns. وأثناء التقييم، كان اللقاء الجنسي ممنوعا في أول يومين من العلاج. وأحيانا كان بعض الأزواج يناقشون الجنس لأول مرة في العيادة الطبية، وقد اتبع الأطباء أسلوبا هادئا ومفتوحا لكي يساعدوا الأزواج على الشعور بالراحة أثناء حديثهم عن الجنس.

وفي اليوم الثالث، يبدأ الأطباء في عرض تفسيرات لمصادر المشكلات، فإذا كان الفرد يبدي سلوكيات سلبية تجاه الجنس، يتم دراسة ذلك؛ غير أن التركيز الأساسي كان على مشكلات العلاقة وليس على المشكلات الفردية لأي من الزوجين.

وقد كانت المقدمة الافتراضية للعلاج هي أنه لا يوجد شيء مثل الرفيق غير المشترك، لا يوجد هذا الرفيق في أي زواج يكون فيه عدم كفاءة جنسية من أي نوع Masters & Johnson, 1970, p.2 . وأيا كانت المشكلة فقد تم تشجيع الزوجين على أن ينظرا إلى المشكلة باعتبارها تقع في مسئوليتهما المتبادلة، وعندئذ يتم تقديم الزوجين ليقوما بتمثيل دور المشاهد، فقد تم إخبارهما على سبيل المثال بأن شخصا يعاني مشكلات في الانتصاب - ويبدو أن عشيقته تعاني شيئا مماثلا - وهو في العادة يكون قلقا حول مدى أو مستوى أدائه، وتم إخبارهما أن ذلك يعتبر نموذجا لملاحظة حالة الانتصاب، وأنه على الرغم من كونه يمكن تفهمه بشكل إجمالي، إلا أنه يعوقه أو يحول دون صدور استجابات طبيعية من جانب الرجل ويمنع الاستمتاع بالعملية الجنسية.

وفي نهاية اليوم الثالث، طلب من الزوجين أن يشتركا في التركيز الحسي Sensate Focus، وهو أن يختار الزوجان الوقت الذي يشعران فيه بالدفء والانسجام. وكان عليهما أن يخلعا ملابسهما ويصبحا عاريين، ثم يقوم كل طرف بتقديم اللذة للآخر، وذلك عن طريق لمس مناطق مختلفة من الجسد. ويختار الطبيبان المشتركان أحد الأطراف للقيام بتقديم اللذة أولا، أما الطرف "المتلقي" "Getting" فإنه يكون مسموحا له ببساطة أن يستمتع بعملية لمسه. والفرد الذي يتم لمسه لا يكون مطالبا بأن يشعر باستجابة أو رد فعل جنسي، لكن تكون مسئوليته هي إبلاغ الطرف الآخر بشكل فوري أن شيئا ما قد أصبح غير مريح. بعد ذلك يتم تبديل الأدوار. وتحبذ مهمة التركيز على الحواس في العادة، لأن الاتصال Contact هو الخطوة الأولى نحو إعادة إقامة علاقة جنسية حميمة من جديد.

وفي معظم الوقت يبدأ الأزواج في إدراك أن لقاءاتهم الجسدية يمكن أن تكون حميمة ومليئة باللذة بدون أن يكون من الضروري جعلها مقدمة للقاء جنسي. وفي المساء التالي يتم توجيه الطرف الذي يتم تقديم اللذة إليه، أو الذي يتلقى اللذة، يتم توجيهه في اتجاه معين، وذلك عن طريق حث رفيقه على تنظيم وتخفيف ضغط وحدة ومعدل المداعبة. والآن فإن لمس الأعضاء التناسلية والأثداء أمر مسموح به، ولكن مازال اللقاء الجنسي ممنوعا، وبعد ذلك يتم اطلاع الزوجين على رسم بياني أو رسومات بيانية، إذا كانا غير متأكدين من التشريح الأساسي للرجل والمرأة.

وبعد يومين من التركيز على المناطق الجسدية، يتم البدء في وضع العلاج لبعض المشكلات المحددة، ولكي نوضح العملية فسوف نقدم وصفا مختصرا لعلاج اضطراب الرعشة عند المرأة.

وبعد أن تعمل تمرينات التركيز على الحواس على زيادة الراحة، يتم حث المرأة على أن تركز على توسيع وزيادة إثارتها الجنسية بدون محاولة الوصول إلى الرعشة، وفي العادة تزداد إثارتها وتهيجها الجنسي نتيجة لذلك، وقد قام الأطباء المعالجون بإعطاء زوجها تعليمات واضحة حول الوسائل الفعالة بشكل عام من المداعبة بالأيدي للأعضاء التناسلية للمرأة وبالرغم من ذلك فقد تم حث المرأة على أن تتخذ قرارات وأن تعبر لرفيقها عن رغباتها في ذات اللحظة، في هذه اللحظة يتم التأكيد على أن الوصول إلى الذروة أو الرعشة ليس هو المهم.

وبعد أن تبدأ المرأة في الشعور باللذة نتيجة مداعبتها باليد، يتم إبلاغها أن تضع نفسها فوق الرجل، وتقوم بلطف بإدخال قضيبه، وأن يكون ذلك متناغما بوضوح مع مشاعرها، وعندما تشعر بالهبوط يمكنها أن تحرك حوضها ببطء، ويتم حثها على أن تنظر إلى العضو الذكرى على أنه بمثابة شيء تلعب معه، شيء يمكنه أن يقدم لها اللذة. ويمكن أن يبدأ الرجل في الدفع ببطء، وعلى أي حال، فإن على المرأة أن تقرر في كل الأوقات ماذا ينبغي أن يحدث في الخطوة التالية، وعندما يكون الزوجان قادرين على الاحتفاظ بهذه الحالة من الاحتواء لمدة دقائق في بعض الأحيان، بدون أن يندفع الرجل بكامل قوته نحو الأورجازم أو الرعشة، يحدث في العادة تغير رئيس في تفاعلاتهما، وهو: لأن المرأة ربما تكون هي المرة الأولى بالنسبة لها التي يتم السماح فيها بالتفكير بشكل جنسي في لذتها. وفي لقاءاتهما التالية، يبدأ الأزواج في القيام بلقاءات جنسية تؤدي إلى الرضا المتبادل.

ومن الضروري توجيه تحذير حول التركيز الحسي. فكما أوضح "لوبيكولو" LoPiccolo 1992 ، فإن العديد والمزيد من الأفراد الذين يدركون أن عدم تحقيق الانتصاب عن طريق التركيز الجسدي يعتبر متوقعا وغير متوقع في الوقت نفسه!!، بمعنى أنه بالرغم من أن التعليمات التي يوجهها المعالج لا تحث على الشعور بشعور جنسي، فحتى الرجل الذي يعتبر على درجة متوسطة من الذكاء، يدرك أنه عند نقطة معينة، من المفترض أن يصل إلى حالة الانتصاب من هذا الوضع، ولذلك فبدلا من تقليل القلق الذي يشوب الأداء، وبدلا من تقمص دور المشاهد، فإن بعض الرجال قد يجربون التعرض لظاهرة يطلق عليها "قلق ما وراء الأداء" " Meta-Performance Anxiety"، وذلك أثناء التركيز أو الاهتمام الجسدي، وذلك يأخذ شكل التصريحات الذاتية مثل: "حسنا، ليس على أي ضغط للوصول لحالة الانتصاب والبدء في اللقاء الجنسي صحيح، والآن ها قد مرت عشر دقائق، وليس هناك أي ضغط للبدء في الأداء، ولكني لم أصل بعد إلى حالة الانتصاب، متى سيحدث لي الانتصاب؟ وإذا حدث، هل سأكون قادرا على الاحتفاظ بهذه الحالة من الانتصاب للعضو الذكري لفترة تكفي لأن أقوم بإدخاله؟ إن المعالجة عن طريق

الاهتمام بالجسد، وجوانب أخرى من طريقة "ماسترز" و"جونسون" في العلاج تحتوي على بعض العناصر التي تنتمي إلى الطريقة المركبة في العلاج Paradoxial Approach والتي تقوم على فكرة أن إبلاغ الأفراد بألا يقوموا بفعل شيء معين، سوف يعمل على تقليل القلق الذي يشعرون به حول القيام بفعل هذا الشيء.

وقد استمر العديد من الأطباء في استخدام أساليب "ماستزر" و"جونسون". بالرغم من أن معدلات النجاح كانت أقل من تلك التي تم الإبلاغ عنها في الأصل Segraves & Althof, 1998 . ويعتقد البعض أن معدلات النجاح المنخفضة ربما تكون ناتجة عن الأزواج الذين يحاولون العلاج وليست راجعة إلى العلاج نفسه، ولأن العلاج الجنسي قد أصبح أكثر شعبية، فإن العديد من الأزواج الذين قاموا بعرض أنفسهم على الأطباء، تعتبر علاقتهم الزوجية أكثر مللا من علاقة أولئك الذين سعوا إلى العلاج في السنين الأولى من العلاج الجنسي.

تخفيض حدة القلق Anxiety Reduction: قبل نشر برنامج "ماسترز" و"جونسون" العلاجي، ذكر المعالجون السلوكيون أن مرضاهم ممن يعانون اختلالا وظيفيا جنسيا، يحتاجون إلى التعرض المنظم والتدريجي لجوانب مثيرة للقلق من الموقف الجنسي. وقد تم استخدام طريقة إزالة الحساسية المنظمة Systematic desensitization الذي ابتكره "ولبي" Wolpe، وقد حقق استخدام هذا الأسلوب التعرض لمواقف في الحياة الواقعية لإزالة الحساسية نجاحا ملحوظا Wolpe, 1958 ، وخصوصا عندما يدمج مع التدريب على مهارات. فمثلا السيدة التي تعاني الألم الحوضى – التناسلي/ اضطراب الإيلاج، من الممكن تدريبها أولا على الاسترخاء، وبعد ذلك تتدرب على إيلاج أصابعها أو أدوات التوسيع الخاصة بها في مهبلها، مع البدء بمستويات قليلة من الإيلاج، والتدرج في العمق حتى الوصول إلى مستويات كبيرة Leibium, 1997 . فمثل هذه البرامج أوضحت فعاليتها بشكل ملحوظ مع العديد من النساء اللاتي يعانين اضطرابات الألم الجنسي Jung & Reidenberg, 2006 .

ويبدو أيضًا فعالية برامج التعليم النفسي البسيطة حول الممارسة الجنسية في خفض القلق. وبناء عليه، فقد أوضحت العديد من الدراسات أن برامج التعليم النفسي قد تكون فعالة بنفس درجة أسلوب إزالة الحساسية المنظمة مع حالات اضطراب الانتصاب عند الرجل، واضطراب الأورجازم أو انخفاض مستويات الإثارة عند المرأة Emmpelkamp, 2004 .

ولعلاج سرعة القذف، ففي بعض الأحيان تكون تقنيات خفض القلق ذات التركيز المختلف. فالقلق من حدوث القذف سريعًا يكون نتيجة طبيعية للتركيز المفرط على الجماع كأنه النقطة الأساسية في السلوك الجنسي. لذا ينصح المعالجون الأزواج بتوسيع

مجال الأنشطة الجنسية لتشمل تقنيات لا تتطلب أن يكون القضيب محتقنًا، مثل المداعبة بالفم أو باليد، وبالتالي فمن الممكن إحداث إشباع الشريك بعد وصول الرجل ذروة النشوة. وعندما يتم التخلص من تركيز العملية الجنسية على مجرد إيلاج القضيب في المهبل، فسوف تتناقص معدلات القلق المتعلقة بالجنس بالدرجة التي تسمح بالتحكم أكبر في عملية القذف.

الاستمناء الموجه Directed Masturbation : لقد قام كل من "لوبيكولو LoPiccolo"، ولوبيتز Lobitz في عام 1972 بابتكار طريقة الاستمناء الموجه، وذلك لزيادة إحساس المرأة بالراحة أثناء العملية الجنسية وزيادة استمتاعها بها كذلك. وبالنسبة للمرأة، فإن الخطوة الأولى هي تحسس جسدها العاري بحذر، بما في ذلك عضوها التناسلي، وبعد ذلك تقوم بتحديد بعض المناطق بمساعدة الرسم البياني، أو الرسوم البيانية، ثم يتم إصدار تعليمات إليها بأن تقوم بلمس عضوها التناسلي، وتحدد مواقع المناطق التي تجعلها تشعر باللذة، بعد ذلك تقوم بزيادة كثافة عملية الاستمناء من خلال استخدام أحلام اليقظة والخيالات ذات الطابع الجنسي. وإذا لم تتحقق الرعشة، فيتعين عليها أن تستخدم هزازة أو أداة هز Vibrator في عملية الاستمناء التي تقوم بها. وأخيرا يظهر رفيقها في الصورة، في البداية يقوم بمشاهدتها وهي تستمني masturbate، بعد ذلك يفعل لها ما تقوم بفعله لنفسها، وأخيرا يبدأ اللقاء الجنسي في وضع يسمح له بتهييج أعضائها التناسلية سواء باليد أو عن طريق الهزاز، ومن الواضح أن الاستمناء الموجه يضفي فاعلية كبيرة على علاج اضطراب الأورجازم رعشة الجماع O'Donohue, Dopke, & Swingen, 1997 . فعلي وجه الخصوص، يتسم الاستمناء الموجه بمشاركة الرفيق أو الزوج بالفاعلية مع 90% من السيدات اللائي يعانين العجز المزمن في البلوغ أو الوصول إلى مرحلة الأورجازم Riley & Riley, 1978 . ويعتبر كذلك فعالاً في علاج انخفاض الرغبة الجنسية Renshaw, 2001 .

إجراءات لتغيير الاتجاهات والأفكار Procedures to Change Attitudes and Thoughts:
في أحد المناهج المعرفية، يتم تشجيع المرضى على التركيز على إحساسات المتعة التي تصاحب الإثارة الجنسية الأولية. فتمرينات التركيز على الجسد - التي وصفت في "تركيز الاكتشاف" 12-2 - على سبيل المثال تعتبر إحدى الطرق التي تساعد الفرد على الإحساس بالمشاعر الجنسية والاستمتاع بها. وقد يواجه التركيز على الإحساسات الجسدية بميل تدميري عند التفكير في الأداء الجنسي أو الجاذبية أثناء العملية الجنسية. وصممت التدخلات المعرفية الأخرى لتتحدى المطالب الذاتية، والأفكار الكمالية، التي غالبا ما تتسبب في العديد من المشكلات للأفراد ممن يعانون الاختلالات الوظيفية الجنسية. فيحاول المعالج أن يقلل من الضغط الذي يشعر به الفرد ذو الاختلال الوظيفي

الجنسي المتمثل في صعوبة الانتصاب، وذلك من خلال القضاء على اعتقاده بأن اللقاء الجنسي هو الطريقة أو هو الشكل الصحيح الوحيد للنشاط الجنسي، ويوصي "كابلان" Kaplan 1997 باتباع العديد من الإجراءات لمحاولة زيادة الجاذبية الجنسية. حيث لدى "كابلان" مرضى يمارسون أحلام اليقظة والخيالات الجنسية، وهي تعطيهم واجبات في المغازلة، والمواعيد الغرامية مثل الخروج في عطلة نهاية الأسبوع.

تدريب على المهارات والاتصال Skills and communication Training: يلجأ المعالجون من أجل تحسين المهارات الجنسية ووسائل الاتصال الجنسية بشكل عام إلى اختيار المواد المكتوبة، واطلاع المرضى على أفلام توضيحية للأساليب الجنسية McMullen & Rosen, 1979 . وقد اتضح أن تشجيع الأزواج على تبادل أفكارهم حول ما يحبونه وما يكرهونه يفيد إلى حد ما في علاج الاختلالات الوظيفية الجنسية Rosen, Leiblum, & Spector, 1994 . فالدمج بين التدريب على المهارات والتواصل يشرك أيضًا الشركاء في تعريض أزواجهم لمواد مزيلة للقلق - مثل التحدث عن التفضيلات الجنسية، التي تسمح بإزالة الحساسية- فإخبار الرفيق بما يفضله في الجنس عادة ما تكون صعوبة من خلال التوترات التي تحدث بجانب العلاقة الجنسية، وهذا ما يقودنا إلى الاستراتيجية التالية.

العلاج الزواجي Couples Therapy: تزيد عادة الاختلالات الوظيفية الجنسية من مشقة العلاقة. ويعمل غالبًا المعالجون في الوقت الراهن من خلال منظور الأنظمة systems perspective، بمعنى المشكلة الجنسية تعتبر جزءًا من شبكة معقدة من عوامل العلاقة Wylie, 1997 . فعادة يحتاج الأزواج المُشكل تدريبًا على مهارات التواصل غير الجنسية Nonsexual-Communication Skills Rosen, 2000 . ويركز بعض المعالجين على الموضوعات غير الجنسية، مثل المشكلات مع الأصهار أو مع تربية الطفل، بالإضافة إلى أو بدلاً من التدخلات الموجهة مباشرة نحو الجنس. حيث اتضح أن المرأة التي تعاني اختلالات وظيفية جنسية في سياق علاقة زوجية يسودها الكرب، يُعد العلاج الزواجي السلوكي فعالاً لها في تحسين العديد من جوانب الاختلال الوظيفي الجنسي Zimmer, 1987 .

الأدوية والعلاجات الجسدية Medications and Physical Treatments: فعندما ننظر للعلاجات الطبية، يرى البعض أنها عديم القيمة للمشكلات الجنسية خاصة لأنهم يفسرون هذه المشكلات في ضوء طبيعة تفاعلية بين الأفراد، ومن ثم لا ينبغي التوجه للمنحى الطبي الصارم Rosen & Leiblum, 1995 . فخصوصا بالنسبة للمرأة، هناك علاقة جوهرية بين الممارسة الجنسية والرضا عن العلاقة Tiefer, 2001 . وبالرغم من هذه المحاذير، فإن الطرق الطبية في العلاج قد أصبحت أكثر شعبية وانتشارًا.

فهناك تطور هائل في المناهج الدوائية للاختلالات الوظيفية الجنسية. حيث اتضح أن العقاقير المضادة للاكتئاب تفيد عندما يكون الاكتئاب عاملا من عوامل تقليل الحافز الجنسي. وبالرغم من ذلك، فهناك بعض العقاقير المنشطة نفسيًا التى تتداخل مع الاستجابات الجنسية، بشكل يتطلب معه استخدام دواء آخر للأعراض الجانبية الجنسية المترتبة على الدواء السابق؛ فمثلا، وجد أن دواء "يلبوترين" Wellbutrin يساعد في معالجة مشكلات الرغبة الجنسية التي تسببها أدوية مثبطات السيروتونين Segraves, 2003 .

سرعة القذف: بالنسبة لعلاج سرعة القذف، غالبا ما يتم استخدام أسلوب الضغط أو العصر Squeeze Technique، والذي يتدرب فيه الزوج على ضغط القضيب في منطقة تجعل الرأس وعمود القضيب يتعرضان بسرعة لفقدان الإثارة. ويتم استخدام هذا الأسلوب بدون إيلاج، وبعد ذلك يتم استخدامه أثناء الإيلاج، ويتم سحب القضيب وتتكرر عملية الضغط كلما كانت هناك حاجة لذلك. وقد كانت معدلات النجاح لهذا الأسلوب مرتفعة، ووصلت إلى من 60% إلى 90% في البداية، ولكن هناك بعض الانتكاسات مع مرور الوقت Polonsky, 2000 . كذلك وجد أن الأدوية المضادة للاكتئاب، خاصة مثبطات السيروتونين فعالة في سلسلة من الدراسات Althof, Abdo, Dean, et al., 2010 . وقد أثبتت الدراسات أن الدابوكسيتين Dapoxetine - هو دواء قصير المفعول لمثبطات السيروتونين - يمثل علاجًا لسرعة القذف في دول أوربية متعددة معتمدة على سلسلة تجارب عشوائية محكمة McMahon, Althof, Kaufman, et al., 2011 ، لكن مازالت تحت المراجعة من قبل منظمة الدواء والغذاء.

اضطراب الانتصاب: من التدخلات الطبية الأكثر شيوعا لعلاج اضطراب الانتصاب نجد مثبط الفسفودايستراز النوع الخامس phosphodiesterase type -5 PDE-5 ، مثل الفياجرا Viagra، والسياليس Cialis، واليفيترا Levitra. وتؤدي مثبطات الفسفودايستراز النوع الخامس PDE-5 على استرخاء العضلات الملساء، والسماح بتدفق الدم إلى العضو الذكري أثناء التهيج الجنسي، مما يؤدي إلى حدوث الانتصاب، ولكن ليس في غياب الإثارة. ويتم تناول مثبطات الفسفودايستراز النوع الخامس قبل الممارسة الجنسية بساعة كاملة، ويستمر تأثيرها لمدة تقارب الأربع ساعات المتواصلة، مما يسمح بالاحتفاظ بحالة الانتصاب لفترة طويلة من الوقت. وبالرغم من أن هذه الأدوية تسبب أعراضًا جانبية مثل الصداع وعسر الهضم، إلا أن أغلب الذكور يتحملونها من أجل زيادة التخفيف من أعراضهم الجنسية. بالإضافة إلى أنه تقدر مبيعات مثبطات الفسفودايستراز النوع الخامس على مستوى العالم بحوالي خمسة بلايين دولار خلال عام 2010 Wilson, 2011 . وعلاوة على ذلك، فإن مثبطات الفسفودايستراز النوع الخامس تشكل خطرا على

الرجال الذين يعانون أمراضا في الأوعية الدموية، وكذلك تزيد من الاستهداف للإصابة بأمراض ارتفاع ضغط الدم والشريان التاجي لدى العديد من كبار السن.

وفي ملخص لـ 27 دراسة علاجية للمقارنة بين الفياجرا والعلاج البلاسيبو الوهمي وجد أن 83% من الذكور ممن تناولوا "السياليس" قادرون على الجماع بشكل ناجح مقارنة بحوالي 45% ممن خضعوا للظرف البلاسيبو Fink, MacDonald, Rutks, et al., 2002 . ويستمر بعض الذكور بخبرة الاختلال الوظيفي للانتصاب بشكل متقطع مع وجود الفياجرا، ومن ثم العديد منهم لا يشعر بالرضا مع وجود الفياجرا لوحدها. ويبدو العلاج الجنسي مساعدًا بالإضافة إلى علاج الفياجرا Melnik, Soares, & Nasello, 2008 . وقد تم إجراء العديد من التجارب باستخدام الفياجرا والأدوية المرتبطة بها مع النساء، ولكن حتى الآن لا تعتبر النتائج مبشرة Laan, Everaerd, & Both, 2005 .

الملخص السريع:

تشمل العلاجات النفسية للاختلالات الوظيفية الجنسية على أساليب لتخفيف حدة القلق، وزيادة معرفة الجسد والوعي بالجسم، وأيضًا لتقليل الأفكار السلبية حول الممارسة الجنسية، ولزيادة التواصل بين الزوجين، ولخفض قلق الأداء. وقد تزايدت شعبية العلاجات الطبية، بالرغم من توجيه بعض الانتقادات إليها. فالأدوية مثل الفياجرا والسياليس تستخدم عادة لعلاج الخلل الوظيفي للانتصاب. كذلك العقاقير المضادة للاكتئاب وأسلوب الضغط يمكن أن تكون مفيدة في علاج سرعة القذف.

اضطرابات الانحرافات الجنسية Paraphilic Disorders:

تعرف اضطرابات الانحرافات الجنسية طبقًا للدليل الخامس بأنها تكرار الانجذاب الجنسي لأشياء أو لأنشطة جنسية غير معتادة، وتستمر لفترة زمنية لا تقل عن ستة أشهر. وبعبارة أخرى، فهناك انحراف Para فيما ينجذب إليه الفرد Philia . وقد ميز الدليل الإحصائي الانحرافات الجنسية بناءً على مصدر الإثارة، على سبيل المثال، خصصت فئة تشخيصية للأفراد الذين تركز مصدر انجذابهم الجنسية على الأشياء غير الحية، بينما فئة أخرى للأفراد ذوي الانجذاب الجنسي للأطفال انظر جدول 12-5 . وقد أوضحت المسوحات أن العديد من الأفراد يتخيلون من حين لآخر بعض الأنشطة والممارسات التي سنقوم بوصفها، فمثلا، هناك 50% من الرجال يظهرون خيالات تلصصية Voyeuristic تتمثل في التلصص ومشاهدة امرأة عارية لا تشك في أن شخصا يتلصص عليها من ثقب الباب Hanson & Harris, 1997 .

وفي مجموعة كبيرة من الأفراد الذين تطوعوا لدراسة الحياة الجنسية والصحة، 7.7 في المائة من الأفراد أفادوا إثارتهم جنسيًا من خلال عرضهم لأعضائهم التناسلية لشخص غريب مرة واحدة على الأقل خلال حياتهم Langstrom & Seto, 2006 . وفي عام 2007، وجد أن هناك 381 مجموعة على الياهو باسم مرتبط بالفتشيات الجنسية sexual fetishes Scorolli, Ghirlanda, Enquist, et al., 2007.

ونتيجة شيوع بعض هذه السلوكيات، برز جدل كبير حول ما إذا كان من المناسب تشخيصها كانحرافات جنسية. في عام 2009، قرر المجلس الوطني السويدي للصحة والرعاية الاجتماعية استبعاد بعض تشخيصات الانحرافات الجنسية. فلم يعد كل من اضطراب الفتيشية Fetishistic disorder، واضطرابات السادية الجنسية Sexual sadism disorder، واضطرابات المازوخية الجنسيةSexual masochism disorder، واضطراب الهوية الجنسية Transvestic disorder ضمن النظام التصنيفي الطبي النفسي Langstrom. 2010 . وعلل ذلك المجلس الوطني السويدي للصحة والرعاية الاجتماعية بأن الكثير من الأفراد تمارس سلوكيات جنسية متنوعة آمنة مع شركاء راشدين، ولم يخبروا بأي خبرة كرب أو مشقة أو خلل كنتيجة لذلك Richters, De Visser, Rissel, et al., 2008 .

ولكن الجمعية الأمريكية للطب النفسي لاضطرابات الجنس وتحديد الهوية The American Psychiatric Association's Sexual and Gender Identity Disorders أدرجت توصية على إبقاء هذه الاضطرابات في الدليل الخامس، لكن مع إضافة كلمة اضطراب disorder في عنوان هذه التشخيصات لتؤكد على اعتباره اضطرابًا عندما تسبب كربًا أو خللاً ملحوظًا أو عندما يمارس الفرد هذه السلوكيات بدون تراض مع فرد آخر.

جدول 5-12 : أنواع الانحرافات الجنسية في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية

تشخيصات الدليل الخامس	مصدر الانجذاب الجنسي	تشخيصات الدليل الرابع المعدل
اضطراب الفتيشية Fetishistic disorder	الأشياء غير الحية أو جزء من الجسم غير الأعضاء التناسلية	الفتيشية Fetishism
اضطراب الأزياء الجنسية Transvestic disorder	ملابس الجنس الآخر	فتشية الأزياء الجنسية Transvestic Fetishism
اضطراب عشق الأطفال Pedophilic disorder	الأطفال	عشق الصغار Pedophilla

تشخيصات الدليل الخامس	مصدر الانجذاب الجنسي	تشخيصات الدليل الرابع المعدل
اضطراب التلصص Voyeuristic disorder	مشاهدة الآخرين المطمئنين وهم عراة أو وهم يمارسون الجنس	الإشباع الجنسي بالتلصص Voyeurism
اضطراب الاستعراء Exhibitionistic disorder	إظهار العضو التناسلي لشخص غريب لا يرغب في ذلك	الاستعراء Exhibitionism
اضطراب التحرش الجنسي Frotteuristic disorder	التلامس الجنسي للأفراد المطمئنين أو الغافلين	التحرش الجنسي Frotteurism
اضطرابات المازوخية الجنسية Sexual masochism disorder	تلقى الألم	المازوجية Masochism
اضطرابات السادية الجنسية Sexual sadism disorder	إنزال الألم	السادية Sadism

الحالة الإكلينيكية "وليام" William

"وليام" هو شاب في الثامنة والعشرين من عمره، يعمل مصمما لبرامج الكمبيوتر، وقد سعى إلى العلاج بعد أن تم القبض عليه بتهمة التلصص الجنسي Voyeurism. وقد نشأ "وليام" بين أربعة إخوة أطفال، كان ترتيبه الثاني بينهم، وذلك في أسرة محافظة ومتدينة، تعيش في إحدى المناطق الريفية. وقد بدأ في ممارسة العادة السرية وهو في الخامسة عشرة من عمره، وقد كان يمارسها أثناء مشاهدته لأخته، وهي تتبول في المبنى الفرعي المجاور لمنزلهم. وبالرغم من الشعور العميق بالذنب الذي كان ينتابه، إلا أنه استمر في ممارسة العادة السرية الاستمناء عدة مرات في الأسبوع، بينما يكون عقله مليئا بأحلام اليقظة المليئة بالمشاهد الجنسية الساخنة التي رآها من خلال تلصصه. وقد قام بممارسة العادة السرية مرتين عندما كان يشاهد أشخاصا غرباء وهم عراة.

وعندما وصل إلى مرحلة البلوغ، كان "وليام" رجلا جبانا خوافا، وخجولا، ومنعزلا، فقد عاش وحيدا، وقبل القبض عليه بستة أشهر، تعرض للرفض عندما حاول إقامة علاقة طويلة الأمد، مما دفعه إلى الانسحاب من العلاقات الاجتماعية الأخرى، والبدء في شرب كميات أكبر من الكحول. ولأن تقديره لنفسه قد تدهور، فقد أصبحت خيالات التلصص الجنسية أكثر إلحاحا عليه. وفي إحدى الليالي الصيفية، شعر "وليام" بالوحدة والاكتئاب، وقد اضطر لشرب كمية كبيرة جدا من الكحول في أحد الفنادق مع راقصة عارية. وبعد أن غادر البار، أخذ يتمشى بالسيارة بين أحياء الضواحي، ثم لمح شخصا في نافذة الطابق العلوي، وبدون أن يستغرق وقتا في التفكير، ركن السيارة، وصعد على سلم وجده بالقرب من المنزل، وأخذ يتسلق حتى وصل إلى النافذة لكي يمارس التلصص. وقد قام السكان

باستدعاء الشرطة عندما سمعوه، وتم القبض علي "وليام"، لقد أصابته صدمة عنيفة عندما تم القبض عليه، غير أنه عرف أن سلوكه مدمر، ومن ثم بدأ يبحث عن تغيير.

الخلل والانخراط مع الآخرين بدون تراض يمثل الحدود الرئيسة بين السلوك الجنسي الطبيعي والمضطرب. بالرغم من أن بعض السلوكيات الجنسية يصعب معها تطبيق هذه الأبعاد. على سبيل المثال، اضطراب الأزياء الجنسية Transvestic disorder لا يشمل تراضي الآخرين، ونادرا ما يؤدي إلى خلل؛ فتشخيص هذا الاضطراب عادة يعتمد على وجود الكرب أو المشقة. في تركيز الاكتشاف 12-1 ، سنلاحظ مدى منطقية الأنظمة التشخيصية المعتمدة على المشقة. فالفرد الذي يلبس ملابس الجنس الآخر للإشباع الجنسي ويتقبل هذه السلوكيات لا يقع ضمن الفئة التشخيصية. على النقيض، الفرد الذي يشعر بمشاعر الذنب والخجل بسبب وصمة هذا السلوك يتم إدراجه تشخيصيًا. وذلك لأن اضطراب الأزياء الجنسية نادرًا ما يؤدي إلى خلل أو يشتمل على عدم تراضى الآخرين، ولن نناقش اضطراب الأزياء الجنسية فيما بعد.

وليست هناك إحصائيات دقيقة عن معدلات انتشار الانحرافات الجنسية. وذلك بسبب القصور في البحث لانخفاض ثبات المقابلات التشخيصية المقيدة لهذه الاضطرابات Krueger, 2010b . وكذلك لتحفظ بعض الأفراد ذوي الانحرافات الجنسية على الكشف عن نزعاتهم الانحرافية الحقيقية. ولأن بعض الأفراد المصابين بالانحرافات الجنسية يطلبون تراضي الشركاء أو الذين ينتهكون حقوقهم بطريقة غير مقبولة كما سنرى لاحقا في اضطراب التلصص، واضطراب عشق الأطفال ، وهذه الاضطرابات قد يكون لها عواقب قانونية. غير أن الإحصائيات التي يتم إجراؤها على المقبوض عليهم في الغالب تكون تقديرات غير دقيقة، وذلك لأن العديد من الجرائم لا يتم الإبلاغ عنها، كما أن بعض الانحرافات السلوكية مثل اضطراب التلصص تنطوي على ضحية لا يساورها الشك في حدوث شيء مثل ذلك. وتشير البيانات بالرغم من ذلك إلى أن معظم الأفراد المصابين بالانحرافات الجنسية هم من الرجال والمثليين؛ حتى مع اضطراب عشق الأطفال واضطرابات المازوخية الجنسية، واللذان يحدثان لدى أعداد كبيرة من النساء، فغالبا ما يفوق عدد الرجال أيضًا عدد النساء في ذلك.

ونوفر هذا الوصف الإكلينيكي لاضطرابات الانحراف الجنسي. وكما سنصف الأعراض، سنصف أيضًا الأوبئة التي ترتبط بهذه الاضطرابات. فأغلب الأفراد المصابين من ذوي الانحراف الجنسي عادة يتم إدراجهم ضمن المعايير التشخيصية لأنواع أخرى من اضطرابات الانحرافات الجنسية Adel, Becker, Cunningham-Rathner, et al., 1988 ، وكذلك تشخيصات الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية مثل اضطرابات

القلق والمزاج Kafka & Hennen, 2002 . وسوف نناقش بعض هذه الخصال المصاحبة لاضطرابات انحراف جنسي محدد. وبعد تلخيص الوصفات الإكلينيكية لهذه الاضطرابات والانحرافات الجنسية، سنركز على نماذج لأسباب وعلاج هذه الاضطرابات.

اضطراب الفتيشية Fetishistic disorder:

يُعرف اضطراب الفتيشية بأنه الاعتماد على الأشياء غير الحية أو أجزاء من الجسم غير الأعضاء التناسلية كمصدر للإثارة الجنسية. وتشير "الفتيش" Fetish إلى نزعات جنسية نحو الأشياء، مثل حذاء امرأة أو القدم مثلا. وعادة ما يكون الفرد المُصاب باضطراب الفتيشية ذكرا، ولديه نزعات جنسية شديدة ومتكررة دائمة نحو هذه الأهداف. ويكون من الضروري أو المفضل وجود هذا الفتيش من أجل إحداث الإثارة الجنسية.

معايير اضطراب الفتشية طبقًا للدليل الخامس DSM-5
- توجد خيالات مثيرة جنسيا بشكل شديد ومتكرر. أو سلوكيات التي تنطوي على استخدام الأشياء غير الحية أو أجزاء من الجسم غير التناسلية لمدة لا تقل عن ستة أشهر.
- أن يتسبب في المشقة الملحوظة أو خلل في الوظيفة.
- ألا تقتصر الأشياء المثيرة جنسيا على ملابس الجنس الآخر أو على الأدوات التي تم تصميمها لإثارة العضو التناسلي عن طريق اللمس، مثل أداة الهزازة vibrator.

وتعتبر الملابس وخصوصا الملابس الداخلية ، والمنتجات المطاطية مثل معاطف المطر ، والأدوات المتعلقة بالقدم مثل الجواب، وأحذية المرأة من الأشياء الفتيشية الشائعة. وبجانب الأشياء غير الحية، نجد بعض الأفراد يركزون على أجزاء الجسم غير التناسلية، مثل الشعر، أو الأظفار، أو الأيدي، أو القدم لإحداث الإثارة الجنسية. ونظرًا لعدم وجود دليل يقترح بأن هناك تباينا في الأسباب أو النواتج فتش القدم مقارنة بفيتش الحذاء. أدرج الدليل الخامس الاعتماد على أجزاء الجسم غير الجنسية للحصول على الإثارة الجنسية تحت الفئة التشخيصية لاضطراب الفتيشية.

ويواصل البعض أعماله الفتيشية من خلال أنفسهم، وذلك بشكل سري عن طريق المداعبة، وتقبل وشم رائحة، ومص الهدف أو الأداة أو وضعها داخل فتحة الشرج لتمر إلى المستقيم، أو الاكتفاء بالتحديق في الشيء مثار الإعجاب أثناء قيامهم بالاستمناء، وهناك بعض الأفراد يحتاجون إلى أن يقوم رفيقهم بارتداء هذا الشيء كوسيلة للإثارة من أجل القيام بالجماع. وقد يصبح البعض مهتما باقتناء تشكيلة من الأشياء المرغوبة، وقد يقومون بعمليات سطو على المنازل أسبوعا تلو الآخر، وذلك ليضيفوا إلى مخزونهم هذه الأشياء.

ويشعر الفرد المصاب بالفتيشية بانجذاب قهري نحو الشيء؛ أي الشعور بالانجذاب بشكل لا إرادي ولا يستطيع مقاومته. وإن ما يميز اضطراب الفتيشية عن الانجذاب

الطبيعي هو درجة التركيز الجنسي erotic focus، وهي الحالة القصوى والخاصة التي يعتبر فيها هذا الشيء من المثيرات الجنسية، فمثلاً يقتصر الكعب العالي من المثيرات الجنسية للرجال المثليين في الثقافة الغربية. والفرد الذي يتمثل اضطراب الفتيش لديه في الحذاء، فهي هذه الحالة التى لابد أن يلمس هذا الحذاء للإثارة الجنسية، وتكون الإثارة قوية بدرجة شديدة في حالة وجود الحذاء.

وعادة ما يبدأ اضطراب الفتيشية في مرحلة المراهقة، بالرغم من أن إضفاء الأهمية الخاصة على الفتيش يبدأ مبكرًا في مرحلة الطفولة. وعادة الأفراد من ذوي اضطراب الفتيشية بانحرافات جنسية أخرى مثل اضطراب عشق الأطفال، واضطرابات السادية والمازوخية الجنسية Mason, 1997 .

الحالة الإكلينيكية "روبن" Ruben

"روبن" هو شاب أعزب، ويبلغ من العمر 32 عامًا، ويعمل مصورًا، وقد سعى للعلاج بسبب "الدافع الجنسي الشاذ". وذكر أنه يركز بشكل شديد على الملابس الداخلية النسائية أكثر من النساء أنفسهن. وأضاف "روبن" أنه بدأ الولع بصور الملابس الداخلية للنساء في سن سبع سنوات. وقد حدثت أول نشوة جنسية من خلال الاستمناء وهو في سن 13 سنة، عندما يتخيل الملابس الداخلية للنساء. وبدأ في سرقة الملابس الداخلية النسائية لأخته لاستخدامها في الاستمناء. كما كبر، بدأ ينتهز الفرص إلى التسلل إلى غرف النساء الأخريات لسرقة ملابسهن الداخلية. وفي سن 18 سنة بدأ الجماع مع عاهرة شرط عليها أن ترتدي الملابس الداخلية أثناء ممارسة الجنس. ووجد نفسه يفضل الاستمناء في الملابس الداخلية المسروقة أكثر من الجماع الجنسي. وترتب على ذلك تجنب مواعدة النساء الجميلات لخوفه من عدم فهمن سلوكه الجنسي، كما يتجنب أيضا الأصدقاء الذين يشجعونه على مواعدة النساء. وذكر أنه بدأ الشعور باكتئاب شديد بسبب القصور الملحوظ في حياته الاجتماعية بسبب سلوكه الجنسي Spitzer et al., 1994 .

اضطراب عشق الأطفال والمحارم Pedophilic disorder and Incest

وفقا للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية DSM يتم تشخيص اضطراب عشق الأطفال Pedophilia وكلمة "Pedos" هي المرادف اليوناني لكلمة "Child" بمعنى طفل ، عندما يحصل البالغ على الإشباع الجنسي من خلال الاتصال الجسدي والجنسي مع طفل غير بالغ. أو الخبرة المكررة أو المكثفة أو الشاقة لرغبات الاتصال الجنسي مع طفل غير بالغ. ويتطلب الدليل الخامس DSM-5 لتشخيص هذا الاضطراب أن يكون الفاعل على الأقل عمره 18 عاما، وأكبر بخمس سنوات على الأقل

من الطفل. فقد ذكر أغلب الذكور ذوي اضطراب عشق الأطفال بأنهم يستخدمون تصوير الإباحية للأطفال Riegel, 2004 . وكما هى الحال في معظم أنواع الانحرافات الجنسية، فإن الانجذاب الذاتي القوي هو الذي يدفع السلوك. ففي بعض الأحيان قد يقنع الرجل المصاب باضطراب عشق الأطفال، بملامسة شعر الطفل ومداعبته، غير أنه قد يقوم أيضًا بمداعبة عضوه التناسلي، وقد يقوم بدفع الطفل إلى مداعبة عضوه التناسلي، ومرات قليلة يحاول إدخال عضوه الذكري. وقد يتكرر التحرش عبر فترة قد تمتد لأسابيع أو شهور وقد تصل إلى أعوام، إذا لم يتم اكتشافه من خلال الأفراد البالغين الآخرين، أو إذا لم يكن هناك اعتراض من جانب الطفل، وقد يعتمد بعض الأفراد المصابين باضطراب عشق الأطفال إلى إرهاب وتخويف الطفل بقتل حيوان أليف مثلا أو التهديد بإلحاق ضرر وأذى آخر للطفل إذا هو أقدم على أخبار والديه أو والديها.

ويعتمد الأفراد ذوو اضطراب عشق الأطفال على التحرش بالأطفال الذين يعرفونهم، مثل أطفال الجيران أو أطفال الأصدقاء أو الأسرة. ومن المؤسف أن الحوادث يكون متورطا فيها رؤساء فرق الكشافة، ومستشارو المعسكرات، ورجال الدين. وأغلب حالات اضطراب عشق الأطفال لا تحتوي على العنف باستثناء السلوك الجنسي، وفي الغالب تهتم وسائل الإعلام بالقصص المرعبة لاضطراب عشق الأطفال باحتوائه على العنف. ولأن استخدام القوة الجسدية يعتبر ضئيلا بل نادرًا في اضطراب عشق الأطفال، فإن المتحرش بالطفل غالبا ما ينكر أنه قد فرض نفسه بالقوة على الطفل أو الضحية، وبالرغم من معتقداتهم المنحرفة، فلابد أن يكون معلومًا أن إساءة استغلال الطفل جنسيا تنطوي في صميمها على خيانة للثقة، وتنطوي على عواقب سلبية أخرى انظر تركيز الاكتشاف 12-3 لمناقشة هذه العواقب .

معايير اضطراب عشق الأطفال طبقًا للدليل الخامس DSM-5
- توجد خيالات مثيرة جنسيا بشكل شديد ومتكرر. أو سلوكيات التي تنطوي على استخدام الاتصال الجنسي مع الأطفال غير البالغين لمدة لا تقل عن ستة أشهر.
- تكون الإثارة الجنسية نحو الأطفال أقوي بكثير مقارنة بدرجتها اتجاه الراشدين.
- أن تتسبب هذه السلوكيات أو الخيالات المثيرة جنسيا في المشقة الملحوظة أو مشكلات تفاعل الفرد مع الآخرين.
- أن يكون الفرد على الأقل عمره 18 عاما، وأكبر بخمس سنوات على الأقل من الطفل.

وفي تحليل لـ 61 دراسة متابعة ن=28972 لمرتكبي الجرائم الجنسية، وجد أن الإثارة الجنسية كاستجابة لرؤية صور الأطفال الصغار، وذلك باستخدام مقياس مخطط حجم القضيب، من أكثر المنبئات القوية لتكرار الجرائم الجنسية Hanson & Bussiere, 1998 . ومع ذلك، فإن الإثارة الجنسية كاستجابة لصور الأطفال ليس مؤشرا قويًا للاعتداء الجنسي على الأطفال. فالعديد من الرجال التقليديين في اهتماماتهم والسلوك

الجنسي يمكن إثارتهم عن طريق الصور الشهوانية للأطفال. وفي دراسة أخري استخدمت فيها كل من مقاييس التقرير الذاتي ومخطط حجم القضيب، وجد أن ربع العينة التي تم اختيارها من المجتمع ذكروا أو شعروا بالإثارة الجنسية عند رؤية صور جنسية أو مثيرة للأطفال Hall, Hirschman, & Oliver, 1995 . إضافة إلى وصف من 3% إلى 9% من الذكور وجود خبرة جنسية تخيلية على الأقل تشمل أطفالاً Seto, 2009 . وبالرغم من إزعاج مثل هذه النتائج، إلا أنها تلقي الضوء على أهمية التمييز الذي قام به كل من الدليل التشخيصي والمتخصصين الصحيين بشكل عام بين الخيال والسلوك، فتشخيص اضطراب عشق الأطفال يتم فقط عندما يقوم الفرد البالغ إما بإبداء رغبات جنسية تجاه الأطفال، أو أن يكون مهموما وحزينا نتيجة هذه الرغبات.

أما ممارسة الجنس مع المحارم Incest، فإنها تندرج كفئة فرعية لاضطراب عشق الأطفال. ويشير مصطلح ممارسة الجنس مع المحارم إلى العلاقات الجنسية بين أقرب الأقارب الذين يعتبر زواجهم ممنوعا أو محرما. وهو شائع جدا بين الأخ وأخته، أما الشكل الثاني من حيث الشيوع فهو الذي يعتبر أكثر مرضيا وهو الذي يكون بين الأب وابنته.

ويعتبر التحريم والمنع ضد ممارسة الجنس مع المحارم واقعيًا في كل المجتمعات البشرية Ford & Bech, 1951 . مع استثناء جدير بالذكر وهو الفراعنة المصريون، والذين يمكنهم الزواج من أخواتهم أو أي أنثى من أسرتهم المباشرة. فقد كان هناك اعتقاد في مصر أن الدم الملكي لا ينبغي أن يتم تلويثه بأي دم دخيل. ويعتبر تحريم ممارسة الجنس مع المحارم مقبولا ومعقولا وفقا لما توصلت إليه المعرفة العلمية في الوقت الحالي، فهناك احتمال كبير بأن يحمل أبناء الزواج والممارسة التي تتم بين الأب وابنته أو بين الأخ وأخته، قد يحملون اثنين من جينات مرتدة Recessive Genes بواقع جين واحد من كل واحد من الوالدين. وبالنسبة للغالبية العظمى، فإن الجينات المرتدة لها آثار بيولوجية سلبية مثل العيوب الخلقية الخطيرة التي تحدث في الميلاد، فتحريم ممارسة الجنس مع المحارم يمثل خطورة تطورية نشوئية.

وهناك دليل على أن الأسر التي يحدث بها ممارسة الجنس مع المحارم تعتبر ذات سلطة مطلقة للأب، وخصوصا فيما يتعلق بالمرتبة الهامشية للمرأة التي لها علاقة بالرجال Alexander & Lupfer, 1987 . ويميل الآباء في هذه الأسر إلى إهمال أطفالهم ومعاملتهم بجفاء والابتعاد عنهم Madonna, Van Scoyk, & Jones, 1991 .

ويقوم الرجال الذين يمارسون الجنس مع المحارم بإساءة استغلال بناتهم البالغات، في حين أن الرجال المصابين باضطراب عشق الأطفال عادة يهتمون بالأطفال الذين لم يصلوا لمرحلة البلوغ. ويظل هذا الاختلاف حسب أعمار الضحايا، فالرجال الذين يتحرشون بالأطفال داخل أسرهم وعائلاتهم يظهرون إثارة أكثر للعضو الذكري كما تم

قياسها عن طريق تصوير احتقان القضيب بشكل مفرط Penile Plethysmography ، نحو الإشارات الجنسية للبالغين من الجنس الآخر أكثر مما يفعل الرجال الذين يتحرشون بالأطفال الذين لا يرتبطون بهم أسريًا Marshall, Barbaree & Christophe, 1986 .

فما الميزات أو السمات الديموجرافية للأفراد الذين يشتركون في اضطراب عشق الأطفال وفي ممارسة الجنس مع المحارم؟ إن الأفراد المصابين باضطراب عشق الأطفال قد يكونون مستقيمين، ويتسمون بالجنسية المثلية. وتعتبر أكثر من نصف حوادث التحرش، بما في ذلك التحرشات التي تحدث داخل الأسرة، يقوم الذكور المراهقون بارتكابها Morenz & Becker, 1995 . وهناك مشكلات أكاديمية شائعة مثل الجرائم السلوكية الأخرى Becker & Hunter, 1997 . ومعظم الأفراد كبار السن والذين يميلون جنسيا إلى النوع الآخر، والمصابون باضطراب عشق الأطفال هم أشخاص متزوجون أو سبق لهم الزواج. ومن الناحية النفسية فإن الرجال المصابين باضطراب عشق الأطفال يظهرون مستويات مرتفعة من الاندفاع والخلل النفسي مقارنة بالجمهور الطبيعي Ridenour, Miller, Joy, et al., 1997 . وفي الأغلب يستوفي هؤلاء الرجال معايير تشخيصية لاضطراب السلوك، وسوء استخدام المواد. وتحدث التحرشات بشكل أكثر عندما يكون الفرد من ذوي اضطراب عشق الأطفال سكرانًا. ومثل باقي الانحرافات الجنسية يشيع اضطرابات القلق والاكتئاب Galli, McElroy, Soutullo, et al., 1999 . وتقترح الأدلة أيضًا أن الذكور ذوي اضطراب عشق الأطفال لأفراد تكون لديهم خيالات جنسية للأطفال، عندما تكون حالتهم المزاجية سلبية، وربما تكون وسيلة للتعايش مع حالة القلق والضجر وعدم الرضا التي يعيشونها، بالرغم من أن حدوث هذه الخيالات الجنسية الشاذة تزيد من الآثار السلبية. وربما يؤدي هذا الانحدار التدريجي إلى التصرف باندفاع نحو التحرش بأحد الأطفال Looman, 1995 .

تركيز الاكتشاف 12-3 :

آثار اضطراب عشق الأطفال: النتائج المترتبة على سوء الاستخدام الجنسي للأطفال

في أحد الاستطلاعات الشعبية الكبرى، قال ما يقرب من 13.5% من النساء، وحوالي 2.5% من الرجال إنهم تعرضوا لأحد أشكال سوء الاستخدام الجنسي في الطفولة Childhood Sexual Abuse CSA Molnar, Buka, & Kessler, 2001 ، عادة ما لا يكون المتحرش شخصا غريبا، فقد يكون الوالد أو العم، أو الأخ، أو المدرس أو المدرب، أو الجار أو حتى الكاهن. وغالبا ما يكون الفرد الذي يتحرش بالطفل هو شخص بالغ يعرفه الطفل ويثق به، بالرغم من صعوبة تصديق ذلك. وعندما يكون الفرد المتحرش قريبا للطفل أو من أحد أقربائه، فإن الطفل يكون ممزقا بين الإخلاص للمتحرش من جهة

وبين الخوف والثورة، وإدراك أن ما يحدث هو شيء خطأ من الجهة الأخرى. وتؤدي هذه الخيانة أو فقدان الثقة إلى جعل الجريمة أكثر مقتا وإثارة للاشمئزاز مما لو كان التحرش قد تم بدون وجود علاقة قرابة بين المتحرش وبين الطفل. وقد يتعرض البالغون والأطفال الذين يتم التحرش بهم عن طريق كاهن أو أشخاص آخرين لهم علاقة بالمنظمات الدينية، قد يتعرضون لهذا النوع من الخيانة وفقدان الثقة، ويكون الأفراد المتحرشون المنتمون إلى مؤسسات دينية من عينة كبير المنشدين في الكنيسة أو المدرسين في المدارس الدينية، أو المستشارين في المعسكرات التي تقيمها الكنسية.

فكيف تؤثر هذه الخبرة العامة أيضا على الصحة العقلية أثناء مرحلة الطفولة، وما بعدها؟ ما الذي يمكن القيام به لحماية ولمساعدة الأطفال على التعافي من سوء الاستخدام الجنسي في الطفولة؟

الآثار التي تصيب الطفل Effects on Child:

إن حوالي نصف الأطفال الذين تعرضوا لسوء الاستخدام الجنسي تظهر عليهم أعراض مثل: الاكتئاب، وتدني تقدير الذات، واضطراب السلوك، واضطرابات القلق مثل اضطراب كرب ما بعد الصدمة. وعلى الجانب الآخر، فإن ما يقرب من نصف الأطفال الذين تعرضوا لسوء الاستخدام الجنسي لا يبدو أنهم يعانون آثارا فورية Kuehnle, 1988 . وقد رأينا في الفصول السابقة أن تاريخ الأفراد الذين تعرضوا لسوء الاستخدام الجنسي حافل بالاضطرابات النفسية المختلفة مثل اضطراب الهوية الانفصالية، واضطرابات الأكل، واضطراب الشخصية الحدية، واضطراب الاكتئاب الرئيس، والاختلالات الوظيفية الجنسية، وسوء استخدام المواد Litrownik & Castillo-Canez, 2000 .

فما العوامل التي تسهم في كيفية تأثير سوء الاستخدام الجنسي في الطفولة على الطفل؟ أحد هذه العوامل هو أن سوء الاستخدام الجنسي سوف يؤدي إلى استجابات سلبية تزداد عندما يقوم أحد المتحرشين بمهاجمة أحد الأطفال والتحرش به، ثم يقوم الطفل/ الطفلة بلوم ذاته. أو إذا كانت الأسرة غير مساندة Kuehnle, 1998 . وتظهر أعراض سلبية أخرى إذا كان سوء الاستخدام الذي حدث في الطفولة يتضمن جماعاً جنسيا Nelson, Heath, Madden, et al., 2002 . كذلك تبدو الأعراض أكثر احتمالاً عندما يبدأ سوء الاستخدام الجنسي في السنوات المبكرة Kaplow & Widom, 2007 .

وتعاني الأبحاث التي تربط بين سوء الاستخدام الجنسي والاضطرابات العقلية أثناء مرحلة الرشد نقاطا منهجية، فمثلا تبدو العينات المتحيزة مهمة، في دراسات طلاب الجامعة عادة نجد تأثيرات ضعيفة لسوء الاستخدام الجنسي Rind, Tromovitch, & Bauserman, 1998 . لكن دراسات العملاء أثناء العلاج تزيد من حجم الدور الذي يسببه

سوء الاستخدام الجنسي، وسوف يتطلب فهم آثار سوء الاستخدام الجنسي إجراء دراسات للأمراض والأوبئة للعينات المجتمعية التي لا تحتوي على هذه التحيزات. فهذه الدراسات تقترح أن سوء الاستخدام الجنسي يرتبط باضطرابات نفسية مختلفة أثناء مرحلة الرشد . Fergusson, Boden, & Horwood, 2008

وبالرغم من ذلك فإن القضية الكبرى هي أن الأسر التي يحدث فيها سوء الاستخدام الجنسي، غالبا ما تتعرض لعدد كبير من المشكلات، مثل إدمان تعاطي الكحول عند أحد الأبوين أو كلاهما، والذي قد يكون متشابكا مع مخاطر وراثية جينية وبيئية أخرى بالنسبة للمرض النفسي. ومن أجل ذلك، فإنه من الصعب أن تقرر ما إذا كان سوء الاستخدام الجنسي هو العامل الحقيقي الذي يتسبب في الاضطراب الإكلينيكي Green et al., 2010 . وتشير دراسات التوائم إلى طريقة موحدة لفصل هذه الآثار، وخصوصا عندما يتم استغلال أحد التوأمين وليس كلاهما. وذلك لأن التوأم الذي لم يتعرض لسوء الاستخدام الجنسي، يشترك في عوامل الخطورة الجينية وعلى الأقل في بعض عوامل المخاطرة البيئية، وفي دراسة تم إجراؤها على ما يقرب من ألفي زوج من التوائم، كان الأفراد الذين لهم تاريخ في سوء الاستخدام الجنسي كثيرا ما تزيد لديهم خطورة الاكتئاب، والانتحار واضطراب السلوك، والاعتماد على الكحول، والقلق الاجتماعي، والاغتصاب، والطلاق بالمقارنة بالتوائم الذين لم يتعرضوا لسوء الاستخدام الجنسي Nelson et al., 2002 .

المنع والمكافحة Prevention:

لقد ركزت جهود مكافحة سوء الاستخدام الجنسي للأطفال في المدارس الابتدائية. وتختلف البرامج التي يتم استخدامها، غير أن العناصر الأساسية تشمل تعليم الأطفال ما هو السلوك الذي يقوم به الفرد البالغ، ويعتبر غير لائق، وتعليمهم مقاومة الإغراءات وعدم الرضوخ لها، ومغادرة المكان بسرعة، وإبلاغ أي شخص بالغ مناسب بالحادث، ويتعلم الأطفال كيف يقولون "لا" بشكل جاد وصارم في وجه أي فرد من البالغين يقوم بالتحدث إليهم، أو ملامستهم بطريقة غير مريحة ومثيرة للريبة Wolfe, 1990 .

وقد يستخدم المعلمون أشياء مثل الكتب المضحكة أو الأفلام الكرتونية، والأوصاف الساخرة للمواقف التي تتسم بالخطورة وذلك لتعليم الأطفال، عن التحرش الجنسي وكيف يتمكن الأطفال من حماية أنفسهم من هذه التحرشات، وقد بدأ واضعو السياسات في النظر في كيفية منع التحرش الجنسي المتزايد بالأطفال عبر الإنترنت.

وتذكر التقييمات التي تم إجراؤها على برامج المدارس أنها أدت إلى زيادة الوعي بالتحرش الجنسي، غير أن الباحثين غير متأكدين من قدرة الأطفال على ترجمة ما تعلموه إلى سلوك فعلي يساعد في تخفيف حدة المشكلة. ويأمل الباحثون في أن تسهم هذه

التدخلات والجهود في تشجيع الأطفال على أخبار والديهم وأولياء أمورهم إذا قام أحد الأفراد البالغين بأية محاولة جنسية معهم Wolfe, 1990 .

التعامل مع المشكلة Dealing With the Problem:

عندما يشك الآباء أن هناك شيئا خطأ، فلابد من قيامهم بإثارة الموضوع مع أطفالهم، ومن المؤسف أن يشعر العديد من البالغين بالراحة جراء قيامه بذلك. ويتعين على الأطباء النفسيين أيضا أن يكونوا حساسين ويسارعوا إلى اكتشاف علامات التحرش الجنسي. ويعتبر سوء الاستخدام غير الجنسي، والتحرش الجنسي مخالفات يمكنه التبليغ عنها، فالمتخصصون الذين يشيرون بالتحرش مطالبون بالتبليغ عن شكوكهم وإبلاغ الشرطة بها، أو إبلاغ مكاتب حماية الطفل. وعندما أصدرت الدول أول تشريع يلزم المتخصصين في الرعاية الصحية والمعلمين بالإبلاغ عن الاستغلال الجنسي للطفل، زادت الحالات والقضايا المؤيدة بشكل مفاجئ فقفزت من 50% إلى 500%. حيث إن الإبلاغ عن التحرش الجنسي يعتبر أمرا بالغ الصعوبة بالنسبة للطفل، فنحن نتناسى شعور الطفل الهائل بقلة الحيلة وبالتبعية. ولك أن تتخيل كم الرعب الذي سيصيب الأبوين حين يتم إبلاغهما أن هناك شخصا يداعب ابنهما جنسيا، وهذا الفرد قد يكون الأخ أو الجد. وإن الغالبية العظمى من التحرشات الجنسية لا تترك وراءها أي دليل مادي، مثل تمزيق أنسجة المهبل، وبالإضافة إلى ذلك، فلا يوجد هناك نموذج سلوكي مثل القلق أو الاكتئاب، أو النشاط الجنسي المتزايد، الذي قد يشير بوضوح إلى أن هناك تحرشا قد تم. وبالتالي فإن المصدر الأساسي هو إبلاغ الطفل نفسه وتقديمه لمعلومات حول ما إذا كان قد وقع له تحرش جنسي أم لا Kuehnle, 1998 . وتتمثل المشكلة في أن بعض الأسئلة الرئيسة قد تؤدي إلى إجابات خاطئة. ولذلك فالمهارة الفائقة مطلوبة عند سؤال الطفل عن أي تحرش جنسي محتمل وذلك من أجل تجنب انحراف الطفل في طريق أو آخر. وتقوم بعض دوائر الاختصاص باستخدام الأدوات والإجراءات المبتكرة لتقليل الضغط على الطفل مع حماية حقوق الفرد البالغ المتهم، مثل الشهادة المسجلة على شريط فيديو مثلا أو المحاكمات في قاعات مغلقة، والشهادة المتلفزة ذات الدائرة المغلقة Closed Circunt Televised Testimony والتدريب الخاصة، وذلك لشرح وتوضيح ما الذي يجب توقعه في قاعة المحكمة.

وبعد أن يقوم الطفل باللعب مع دمي صحيحة من الناحية التشريحية، يمكن بعد ذلك أن يكون ذلك مفيدا في زرع الثقة، ولكن ينبغي أن يكون ذلك جزءا واحدا فقط من عملية التقييم، وذلك لأن العديد من الأطفال الذين لم يتعرضوا للتحرش يتخيلون هذه الدمى أو يرسمونها ويصورنها أثناء ممارسة لقاء جنسي Jampole & Weber, 1987 .

ويصبح الأبوان متورطين في أزمتهما عندما يعرفان أن شخصا ما قام بالتحرش بطفلهما، فستكون أزمة أسرية عائلية بمعنى الكلمة. فسوف يسود العار، والذنب، والخوف

والغضب، أما في حالات اضطراب عشق المحارم، وتصبح أم الضحية الذي تعرض لانتهاك جنسي في موقف صعب، وفي بعض الأحيان تكون حائرة وممزقة بين طفلها ووالدها. وأحيانا عندما يكون هناك شكوك مالية ينبغي علي الأب أن يغادر المنزل وإلا تم القبض عليه، ويجب أن يتم اتخاذ قرارات بشأن كيفية حماية الأطفال الصغار من أي تحرش جنسي آخر Finkelhor, 1983 .

ويحتاج العديد من الأطفال إلى العلاج Litrownik & Castillo-Canez, 2000 . حيث إن الأفراد البالغين الذين نجوا من حوادث اغتصاب يمكن أن يترتب على ذلك تعرضهم لاضطراب كرب ما بعد الصدمة. وتتشابه بعض التدخلات العلاجية مع تلك التي يتم القيام بها مع اضطراب كرب ما بعد الصدمة عند البالغين. وهناك تأكيد على التشجيع على تذكر أو العودة إلى ذكريات الحادث الصادم، وذلك من خلال المناقشة في جو علاجي آمن ومشجع ومساند Johnson, 1987 . ومن المهم أيضا بالنسبة للأطفال أن يتعلموا أن الممارسة الجنسية البشرية الصحية لا تتناسب مع القوة والخوف McCarthy, 1986 . وكما هي الحال مع الاغتصاب، فمن المهم التخلص من اللوم على ما حدث، وعزوه إلى عوامل خارجية، وتغيير إلقاء الفرد للمسئولية من "لقد كنت سيئا" إلى "لقد كان سيئا" ويختلف التدخل العلاجي تبعا لسن الفرد فالذي يبلغ من العمر 14 عاما لا يحتاج إلى دمى لكي يروي ما حدث، أما الذي يبلغ من العمر 3 سنوات فمن غير اللائق ومن غير الملائم أن تعرضه للعلاج الجماعي. ولم تظهر حتى الآن أبحاث محكمة حول هذه التدخلات المختلفة والمعقدة، غير أن الدراسات غير المحكمة تعتبر مشجعة Arnold, Kirk, Roberts, et al., 2003 .

اضطراب التلصص Voyeuristic disorder:

تشيع خيالات التلصص بين الذكور، ولكن ليست هذه التخيلات من قبل أنفسهم تقع تحت هذا التشخيص Hanson & Harris, 1997 . ويشتمل اضطراب التلصص على الرغبة المتكررة والملحة للحصول على الإشباع الجنسي من خلال مشاهدة الآخرين وهم عراة أو وهم يمارسون الجنس. وبالنسبة لبعض الرجال يعتبر التلصص هو النشاط الجنسي الوحيد بالنسبة لهم. في حين يفضله البعض الآخر كوسيلة أساسية مطلقة للحصول على الإثارة الجنسية Kaplan & Kreuger, 1997 . وكما هي

معايير اضطراب التلصص طبقًا للدليل الخامس DSM-5

- توجد خيالات مثيرة جنسيا بشكل شديد ومتكرر. أو سلوكيات تنطوي على مراقبة الآخرين المطمئنين سواء العراة أو المشاركين في نشاط جنسي لمدة لا تقل عن ستة أشهر.
- أن تتسبب هذه السلوكيات أو الخيالات المثيرة جنسيا في المشقة الملحوظة أو مشكلات تفاعل الفرد مع الآخرين.

الحال في حالة "ويليام" التي تـم ذكرهـا سـابقا في هـذا الفصـل، غالبـا مـا يطلـق عـلى "النظـر Looking" اسم "التلصـص" Peeping أو اخـتلاس النظـر، وهـو يسـاعد الفـرد عـلى أن يتهـيج جنسيا، وأحيانا يكون شيئا أساسيا لحدوث الإثارة. ويتمكن الأفراد المصابون باضطراب التلصص من الوصول إلى الأورجازم عـن طريـق الاسـتمناء، إمـا أثنـاء المشـاهدة أو بعـدها أثنـاء تـذكر المشاهد التي استطاع أن يراها مـن خـلال التلصـص. وفي بعـض الأحيـان تـواتي الفـرد المصـاب باضطراب التلصص تخيلات حول قيامه بممارسة الجـنس مـع الفـرد الـذي يشـاهده، غـير أنهـا تبقى مجرد خيالات حيث إنه أو إنها لا تقوم بممارسة الجنس مع الفرد الـذي تـتم مشـاهدته. وفي الغالب يكون المتلصص الحقيقي الذي يحصل على الإشباع عن طريق اختلاس النظر رجـلا، ولا يجد من المثير بصفة خاصة أن يشاهد امـرأة تقـوم بخلـع ملابسـها لإمتاعـه هـو. ويتمثـل عنصر الخطورة والذي يعتبر مهما بالنسبة للمتلصص، هو توقع ماذا سيكون رد فعل المـرأة إذا اكتشفت أنه يراقبها.

ومن الصعب تقييم انتشار هذا الاضطراب، طالما أنـه لا يـتم تبليـغ الشرطـة عـن معظـم هذه الحوادث. وفي الواقـع فـإن الأفـراد المصـابين بالاسـتمتاع مـن خـلال التلصـص يكونـون في الغالب مهتمين بالتلكؤ بدلا من التلصص نفسه Kaplan & Kreuger, 1997 .

وتبدأ النزعة إلى التلصص الجنسي في فترة المراهقة على وجه التحديد، وغالبا مـا تتـوافر لـدى الأفراد المصابين باضطراب التلصص المعايير التشخيصية لأنواع أخرى من الانحرافات الجنسـية غـير أنهم لا يعانون الاضطرابات النفسية الأخرى بمعدلات مرتفعة.

اضطراب الاستعراء Exhibitionistic disorder:

اضطراب الاستعراء هو الرغبة الشـديدة والملحـة في الحصول على الإشباع الجنسي عـن طريـق عـرض العضـو التناسلي للفرد على أحد الأفراد الغرباء، والـذي لا يكـون راغبا في ذلك، وأحيانا ما يكون هذا الفرد الغريب طفـلا. وهو يبـدأ عـادة في مرحلـة المراهقـة، وكـما الحــال مـع اضطراب التلصص يكون نادرًا حـدوث الاتصـال الجـنسي الفعلي مع هذا الفرد الغريب. وفي إحدى الدراسات ذكر الأفراد ذوو اضطراب الاستعراء أنهـم تـم القـبض علـيهم مرة في كل 150 حادثة Abel, Becker, Mittelman, et al., 1987 . والعديد منهم يقوم بعملية الاسـتمناء أثنـاء عملية العرض.

معايير اضـطراب الاسـتعراء طبقًـا للـدليل الخامس DSM-5

- توجـد خيـالات مثـيرة جنسـيا بشـكل شـديد ومتكـرر. أو سـلوكيات تنطـوي على إظهـار العضـو التناسـلي لشـخص غريب لمدة لا تقل عن ستة أشهر.
- أن تتسـبب هـذه السـلوكيات أو الخيـالات المثـيرة جنسـيا في المشـقة الملحوظة أو مشكلات تفاعل الفرد مع الآخرين.

وفي معظم الحالات تكون هناك رغبة في إحداث صدمة للمشاهد أو إحراجه. وتبدو الرغبة في التعري جامحة وغامرة، ولا يمكن التحكم فيها بشكل فعلي بالنسبة للفرد المصاب باضطراب الاستعراء، وغالبا ما يكون السبب هو القلق وعدم الراحة، بالإضافة إلى الإثارة الجنسية. وبسبب الطبيعة القهرية للرغبة فإن الأفراد ذوي اضطراب الاستعراء يكررون تعريهم في الغالب في نفس المكان وفي ذات التوقيت من اليوم. وهم لا يفكرون أثناء قيامهم بالتعري في العواقب الاجتماعية ولا النتائج القانونية لفعلتهم Steven & Jones, 1972 . وفي غمرة إحساسهم باليأس والتوتر في تلك اللحظة، قد يصابون بالصداع والخفقان والإحساس بعدم الواقعية. وبعد أن يقوموا بعرض وتعرية أنفسهم، يميل هؤلاء الأفراد إلى الانزواء والشعور بالندم. وهناك انحرافات جنسية أخرى شائعة جدا عند ذوي اضطراب الاستعراء أهمها اضطراب التلصص، واضطراب التحرش الجنسي Freund, 1990 .

اضطراب التحرش الجنسي Frotteuristic disorder:

معايير اضطراب التحرش الجنسي طبقًا للدليل الخامس DSM-5
- توجد خيالات مثيرة جنسيا بشكل شديد ومتكرر. أو سلوكيات تنطوي على لمس أو الاحتكاك بفرد غير متوقع لذلك لمدة لا تقل عن ستة أشهر.
- أن تتسبب هذه السلوكيات أو الخيالات المثيرة جنسيا في المشقة الملحوظة أو مشكلات.

ينطوي اضطراب التحرش الجنسي على اللمس الجنسي والموجه لفرد غير متوقع لذلك. وربما يقوم الفاعل أو القائم بهذا الفعل بحك وفرك عضوه الذكري في فخذي إحدى السيدات أو في أردافها، وقد يقوم بمداعبة ثدييها وعضوها التناسلي، وتحدث هذه الهجمات في أماكن محددة مثل الأتوبيس أو وسائل المواصلات المزدحمة، أو على رصيف المشاة، والتي تتوافر بها وسائل سهلة للهروب. ولم يتم دراسة اضطراب التحرش الجنسي بشكل واسع، ومن الواضح أنه يبدأ في مرحلة المراهقة وبالتحديد فإنها تحدث جنبا إلى جنب مع انحرافات جنسية أخري Langstrom, 2010 . فأغلب الرجال ممن يعانون اضطراب التحرش الجنسي ذكروا أنهم يفعلون ذلك عشرات المرات Abel et al., 1987 .

اضطرابات السادية والمازوخية الجنسيةSexual Sadism and Masochism Disorders

يعرف اضطراب السادية الجنسية بأنه الرغبة الشديدة والملحة في الحصول على أو زيادة الإشباع الجنسي عن طريق إنزال الألم أو المعاناة النفسية مثل الإذلال Humiliation على الآخر. أما اضطراب المازوخية الجنسية فيعرف بأنه الرغبة الشديدة

والملحة في الحصول على أو زيادة الإشباع الجنسي من خلال التعرض للتعذيب والألم والإذلال.

وقد يتمكن بعض الساديين من الوصول للأورجازم عن طريق إنزال الألم، كما أن بعض المازوخيين قد يصلون إلى الأورجازم من خلال خضوعهم للألم وتلقيهم له. وبالرغم من ذلك، فإن الممارسات السادية والمازوخية - مثل الضرب على الأرداف - تعتبر بالنسبة للآخرين بمثابة جانب واحد فقط من النشاط الجنسي.

معايير اضطراب السادية طبقًا للدليل الخامس DSM-5
- توجد خيالات ورغبات مثيرة جنسيا بشكل شديد ومتكرر أو سلوكيات تنطوي على المعاناة النفسية أو الجسدية على الآخر لمدة لا تقل عن ستة أشهر.
- أن تتسبب هذه السلوكيات أو الخيالات المثيرة جنسيا في المشقة الملحوظة أو الخلل الوظيفي أو أن يتصرف الفرد وفقا لهذه الرغبات بدون موافقة الفرد الآخر.

وتعتبر مظاهر المازوخية الجنسية كثيرة ومتنوعة، والأمثلة كثيرة منها: التقييد Restraint الاستعباد الجسدي ، وتعصيب العينين، والضرب على المؤخرة Spanking، والجلد Whipping، والصدمات الكهربائية، والجروح، والإذلال مثل التبول أو التبرز على الفرد، أو دفعه إلى ارتداء حلقة والنباح مثل الكلب، أو ارتداء ملابس خليعة ، وتمثيل دور العبد والخضوع والإذعان للأوامر والتعليمات. ويقوم معظم الساديين بإنشاء علاقات مع المازوخيين من أجل الحصول على الإشباع الجنسي المتبادل بينهم. وبالرغم من قدرة العديد من الأفراد على تمثيل دور المتسلط والخاضع، إلا أن عدد المازوخيين يزداد عن عدد الساديين.

معايير اضطراب المازوخية طبقًا للدليل الخامس DSM-5
- توجد خيالات ورغبات مثيرة جنسيا بشكل شديد ومتكرر أو سلوكيات التي تنطوي على التعرض للتعذيب والألم والإذلال لمدة لا تقل عن ستة أشهر.
- أن تتسبب هذه السلوكيات أو الخيالات المثيرة جنسيا في المشقة الملحوظة أو الخلل الوظيفي.

وقد أصبحت السلوكيات السادية والمازوخية أكثر قبولا بمرور الوقت، حيث إن نسبة تتراوح ما بين 5 : 10% من السكان يعتمدون على ممارسة بعض أشكال النشاط المازوخي السادي، مثل قيام أحد الأفراد بتعصيب عيني رفيقه Baumeister & Butler, 1997 .، وهناك بعض الأندية التي تقدم لأعضائها محاولات لإقامة علاقات سادية مازوخية. ويتسم معظم الأفراد الذين يقومون بهذه السلوكيات بالشعور بالراحة تجاه ممارساتهم الجنسية Spengler, 1977 .

ونظرًا لأن سلوكيات السادية والمازوخية أصبحت شائعة، وتمارس بشكل علني. فقد أثير بعض الجدل حول ما إذا كان ينبغي إدراج هذه التشخيصات ضمن الدليل التشخيصي

الخامس. فمعظم الأفراد الذين ينخرطون في السلوكيات السادية المازوخية لا يبدون مشـقة أو خللا، وبالتالي لا يتم انطباق المعايير التشخيصية علـيهم Krueger, 2010a . فهـذه العلامـات التشخيصـية لإدراجهـم ضـمن الـدليل الخـامس بسـبب أن هنـاك بعـض الممارسـات السـادية المازوخية تمثل خطورة. فأحد الممارسات الخطيرة للسادية يطلـق عليهـا "asphypoxyphilia"، وقد يفضي إلى الموت أو أضرار بالمخ، حيث إنه يحتوي على الإثارة الجنسية من خلال الحرمـان من الأوكسجين، والذي يمكن القيام به من خلال سد الأنف، أو بواسطة كيس مطـاطي، أو مـن خلال الضغط على الصدر.

وهنـاك أيضًـا بعـض المخـاوف مـن أن تشـخيص اضـطراب السـادية الجنسـية نـادرًا في المؤسسات الإكلينيكية. ففي مراجعة لأكثر من 500 مليون زيـارة للأطبـاء النفسـيين، وأطبـاء أمراض النساء، وأطباء المسالك البولية، وأطباء ذوى تخصصات أخـرى، فـلا يوجـد أي طبيـب سجل تشخيصًا باضطراب السادسة الجنسية Narrow, 2008; Krueger, 2010b . فالأطبـاء في المؤسسات الإكلينيكية لا يستخدمون هذا التشخيص عند وجود الأعـراض بسـبب الخـوف من الوصمة. فالتشخيص عادة يتم استخدامه داخل مؤسسـات الطـب الشرعـي Krueger, 2010b .

ويبدو أن اضطرابات السادية والمازوخية الجنسية تبدأ في مطلع مرحلة البلوغ، وتوجد هـذه الاضطرابات في العلاقات السوية والشاذة الجنسية المثلية . وقد وجدت المسـوحات أن مـا يقـرب من 20 : 30% من أعضاء الأندية السادية المازوخيـة هـم مـن النسـاء Moser & Levitt, 1987 ، وهناك افتراض بتساوي الجنسين في النسبة التشخيصية للسادية والمازوخية. ويقوم أغلبية الساديين والمازوخيين بأعباء أسرهم وحياتهم بشكل طبيعـي والمتعـارف عليـه عـلى العكـس مـن سـلوكهم، وهناك بعض الأدلة التي تشـير إلى أن دخلهـم أعـلى مـن المتوسـط، وكـذلك مسـتواهم التعليمـي Moser & Levitt, 1987 ، ويعتبر سوء اسـتخدام الكحـول أمـرا شـائعا بـين السـاديين Allnutt, Bradford, Greenberg, et al., 1996 .

أسباب اضطرابات الانحرافات الجنسية Etiology of the Paraphilic Disorders

إن النظرية الرئيسة من بين النظريات العديدة التي تتناول أسباب اضطرابات الانحرافات الجنسية هي النظرية التي تعتمد على المنظور البيولوجي والسلوكي. ولأن العديد من الأفراد لا يرغبون في الحديث عن هذه الانحرافات، فإن الفرص التي أتيحت أمام الباحثين لفهـم أسـباب اضطرابات الانحرافات الجنسية كانت قليلة للغاية.

العوامـل العصـبية البيولوجيـة Neurological Factors: بمـا أن الغالبيـة العظمـى مـن الأفراد ذوي اضطرابات الانحرافات الجنسية هـم مـن الـذكور، فقـد كـان هنـاك احـتمال بـأن الانـدروجينات androgens هرمونـات مثـل التيستوسـتيرون يـؤدي دورا في هـذه الانحرافـات.

حيث تنظم الاندروجينات الرغبة الجنسية، وتظهر الرغبة مرتفعة بشكل غير طبيعي بين الأفراد ذوي اضطرابات الانحرافات الجنسية Kafka, 1997 . وعلى أي حال لا توجد علاقة بين اضطرابات الانحرافات الجنسية والمستويات المرتفعة من التيستوستيرون أو أحد الاندروجنيات Thibaut, De La Barra, Gordon, et al., 2010 . وإذا كانت للعامل البيولوجي أهمية، فمن المرجح أن يكون مجرد عامل واحد ضمن شبكة معقدة من الأسباب، والتي تشمل الخبرة كعامل رئيس Meyer, 1995 .

العوامل النفسية Psychological Factors: تتضمن معظم النظريات النفسية للانحرافات الجنسية مجموعة من عوامل الخطر. حيث تؤكد النماذج السائدة dominant models خبرات التشريط conditioning experiences، وتواريخ العلاقة relationship histories، وسوء الاستخدام، بالإضافة إلى المعرفة.

ويرى بعض أنصار النظريات السلوكية أن سبب اضطرابات الانحرافات الجنسية هو التشريط الكلاسيكي classical conditioning، والذي قام عن طريق المصادفة بربط الإثارة الجنسية بالمثيرات غير العادية أو غير الملائمة Kinsey et al., 1948 . على سبيل المثال، الرجل الصغير الذي يمارس الاستمناء على صور لامرأة ترتدي حذاء جلديا ذا لون أسود. وطبقا لهذه النظرية، فإن استرجاع أو تذكر هذه الخبرات يجعل هذه الأحذية مثيرة جنسيا. وقد كانت هناك اقتراحات مماثلة بالنسبة لاضطرابات عشق الأطفال، والتلصص، والاستعراء، وبالرغم من وجود قدر ضئيل من التأييد Rachman, 1966 ، إلا أن البحث لم يؤيد معظم عناصر افتراضات التشريط الكلاسيكي O'Donohue & Plaud, 1994 . وكما نصف بعد ذلك، فإن بعض الاستراتيجيات العلاجية تطورت بناءً على هذه الأفكار.

ومن وجهة نظر التشريط الإجرائي operant conditioning، التي تعتبر أن بعض اضطرابات الانحرافات الجنسية مثل اضطراب الاستعراء واضطراب عشق الأطفال نتيجة لعدم كفاءة المهارات الاجتماعية. حيث يشير الدليل إلى أن الذكور ذوي اضطراب عشق الأطفال عادة ضعفاء في المهارات الاجتماعية Derznick, 2003 . فهذه الانحرافات الجنسية ربما تكون بمثابة أنشطة تحل محل العلاقات والنشاط الجنسي التقليدي. وعلى النقيض، فإن الحقيقة التي تقول إن العديد من الأفراد ذوي اضطراب عشق الأطفال والاستعراء لديهم علاقات اجتماعية وجنسية تقليدية، مما يشير إلى أن القضية أكثر تعقيدا من مجرد غياب السلوكيات الجنسية السوية وغير المنحرفة Maletzky, 2000 .

ويظهر تواريخ مرحلة الطفولة بالنسبة للأفراد ذوى اضطرابات الانحرافات الجنسية أنهم غالبا ما كانوا يتعرضون لسوء استخدام جسدي، ولسوء استخدام جنسي،

وضـعف ملحـوظ في علاقـة الوالـدين بالطفـل Mason, 1997 . وفي دراسـات المـذنبين الراشدين، وجد أن معدلات سوء الاستخدام الجنسي تنتشر بين المذنبين من الجنسـين بمعـدل ثلاثة أضعاف مقارنة بالمذنبين في قضايا غير جنسية Jespersen, Laumiere, & Seto, 2009 . ومرتفعة بشكل خاص بين المذنبين في قضايا جنسية ضد الأطفـال Jespersen et al., 2009 . لكن ليست هذه كل القصة - فعـلي الأقـل ثلـث هـؤلاء الأفـراد الـذين ارتكبـوا مخالفـات جنسية ضد الأطفال لم يذكروا تاريخاً لسـوء الاسـتخدام الجـنسي Jespersen et al., 2009 ، فنسبة قليلة من الأطفال تطورت من سوء الاستخدام الجنسي إلى اضطراب عشق الأطفال في الرشد.

وفي تتبع طويل المدى لـ 908 أطفال من ذوي تـاريخ سـوء الاسـتخدام الجـنسي، وجـد أن 3.9% مـنهم متهمـون بمخالفـة ذات نمـط جـنسي في مرحلـة الرشـد Salter, McMillan, Richards, et al., 2003 . وفي تتبع لـ 224 ولداً ممن تعرضوا لسـوء اسـتخدام جـنسي عنـدما كانت أعمارهم ما بين 7-12 سنة، حـوالي 12% مـنهم مـذنبون بقضـايا جنسـية، وأغلبهـا نحـو الأطفال. فعادة ما تحدث هذه المخالفات الجنسية عندما يصل هؤلاء الأولاد إلى سن المراهقة، كذلك في توفر سلوكيات سلبية مثل الإهمال، والعنف الأسري، ونقص الرقابة.

وتؤدي التشوهات المعرفية والاتجاهات دورا في اضطرابات الانحرافات الجنسية. فالذكور الذين ينخرطون في انحرافات جنسية تشمل نساء غير راضيان، ربما يقابلهن اتجاهـات عدائيـة ونقص التعاطف معهم. والآخرين ربمـا لـديهم تشـويهات في الوسـائل التـي يعتقـدونها حـول السلوك الجنسي. فعلى سبيل المثال، الفرد المتلصص الذي يقوم بالحصول على الإشـباع الجـنسي من خلال المشاهدة، قد يعتقد أن المرأة التي قامت بترك الستائر مرفوعـة أثنـاء قيامهـا بخلـع ملابسها، تريد أن يراها أحد الأفراد Kaplan & Kreuger, 1997 . والفرد مـن ذوي اضـطراب عشق الأطفال، فقد يعتقد أن الطفل يريد أن يمارس الجـنس مـع البـالغين Marshall, 1997 . ويحتوي جدول 12-6 على أمثلة لأنواع من المعتقدات غير المبررة التي قد ترتبط باضـطرابات عشق الأطفال والاستعراء. كما يشتمل الجدول ذاته عـلى موضـوع الاغتصـاب، وهـو الموضـوع الذي سوف نتعرض له بالمناقشة في تركيز الاكتشاف 12-4 .

وتقـترح بعـض الدراسـات أن الكحـول والانفعـال السـلبي عـادة مـن المسـببات الرئيسـة لحوادث اضطراب عشق الأطفال، واضطراب التلصص، واضطراب الاسـتعراء. وهـذا يتفـق مـع الدليل الذي يثبت أن الكحول يقلل من الكبت. وقد يكـون النشـاط الجـنسي المنحـرف - مثـل الكحول - وسيلة للهروب من الانفعال السلبي Baumeister & Butler, 1997 .

جدول 12-6 : أمثلة لبعض التشويهات والتبريرات المعرفية في اضطرابات الانحرافات الجنسية والاغتصاب

الفئة	اضطراب عشق الأطفال	اضطراب الاستعراء	الاغتصاب
إلقاء اللوم بشكل خاطئ	هي التي بدأت ذلك من خلال كونها جديرة بالمعانقة لدرجة لا تحتمل	لقد ظلت تنظر إلي وكأنها كانت تتطلع لذلك.	كانت تقول "لا" غير أن جسمها كان يقول "نعم"
إنكار الغرض الجنسي	كنت فقط أعلمها عن الجنس فمن الأفضل أن يكون ذلك من والدها بدلا من أي شخص آخر	"لقد كانت أبحث عن مكان للتبول ليس إلا"، "لقد سقط سروالي للتو"	كنت أحاول فقط أن أعلمها درسا، لقد كانت تستحق ذلك
التقليل من قيمة وشأن الضحية	لقد مارست الجنس قبل ذلك مع "صديقها"	لم تكن إلا عاهرة "على أي حال"	إن الطريقة التي دخلت بها الحفلة على، لقد كانت تستحق ذلك
التقليل من النتائج وتهوين العواقب	"لقد كانت دائما ودودة للغاية معى حتى بعد ذلك" لقد كانت قذرة حتى قبل أن يحدث ذلك	لم أقم بلمسها، ولذلك لم أستطع إصابتها	لقد مارست الجنس مع مئات الشباب من قبل، لذلك فإن الأمر لم يكن ذا أهمية
التوبيخ المضلل	لقد مرت أعوام عديدة على ذلك الحادث، لماذا لا ينساه الجميع؟	إنه لا يبدو وكأنني لم أغتصب أحدا	لقد فعلتها في يوم الأيام فقط
تبرير السبب	إذا لم يكن قد تم التحرش بي عندما كنت طفلا لما كنت قد أقدمت على هذه الفعلة أبدا	لو كنت أعرف كيف أضرب مواعيد غرامية، فلن يكون على أن أكشف أعضائي	لو كانت صديقتي قد أعطتني ما أريد، ما كنت قد أُجبرت على الاغتصاب

علاجات اضطرابات الانحرافات الجنسية Treatments of the Paraphilia Disorders

لأن العديد من السلوكيات التي تتضمنها اضطرابات الانحرافات الجنسية تعتبر غير شرعية، فإن العديد من الأفراد الذين تم تشخيصهم بهذه الاضطرابات قد تم إلقاؤهم في السجن، وأمرت المحكمة بعلاجهم. وتعتبر نتائج الدراسات المتاحة عن العلاج تركز على الذكور الذين هم محبوسون بجرائم جنسية. وهؤلاء الأفراد المحبوسون ربما يكونون من ذوي الدرجات الشديدة من اضطرابات الانحرافات الجنسية.

فهناك تباين ملحوظ من نتائج المسجونين ممن ارتكبوا جرائم جنسية عبر الدراسات Becker & Hunter, 1997; Maletzky, 2002 . ويصعب تفسير البيانات المنشورة حول العلاج لأسباب متعددة. أولا: يتجنب معظم الباحثين استخدام مجموعات ضابطة لا تتلقى علاجا. كما أن العديد من الباحثين يعتبرون أنه من غير الأخلاقي منع العلاج إذا كانت النتائج المترتبة على الجرائم الجنسية خطيرة للغاية. ثانيا: أنه من الصعب مقارنة النتائج، وذلك لأن الدراسات تختلف اختلافا كبيرا فيما بينها، حيث إن بعض البرامج تعمد إلى اختيار أكثر الأفراد المسجونين مشكلة لتقديم العلاج له، في حين أن برامج أخرى تتعامل مع هؤلاء الأفراد الأكثر تنبؤا للنجاح، مثل المذنبين الأحدث. كما أن بعض أنواع المعالجة تحتوي على جلسات متابعة بعد الإفراج عن الفرد في حين أن هناك أنواعا أخرى لا تحتوي على تلك الجلسات. ثالثا: معظم الدراسات لا تقوم بتقييم نجاح العلاج عبر الزمن، بالرغم من أن العودة إلى الإجرام تزداد كلما مرت السنوات، وخصوصا بعد مرور عامين على انقطاع العلاج Maletzky, 2002 . وبالرغم من هذه المخاوف، فهناك دليل على أن العلاج سواء أكان بيولوجيا أو نفسيا يساعد في تحليل نتائج لـ 12 دراسة على ذكور مذنبين في قضايا جنسية، فهؤلاء الذين تلقوا علاجًا من نمط البيولوجي أو النفسي، أقل من الثلث منهم لم يكرروا هذه الجرائم مقارنة بالذين لم يتلقوا العلاج Hall et al., 1995 . وبتناول الخلفية السابقة عن هذه القضايا، سنصف الآن العلاجات المعرفية السلوكية والبيولوجية لاضطرابات الانحرافات الجنسية. ثم بعد ذلك نلقي نظرة على الجهود القانونية المبذولة لحماية الأفراد من المجرمين جنسيًا.

استراتيجيات لتحسين الدافعية Strategies to Enhance Motivation: غالبا ما يفتقر المجرمون الجنسيون إلى التشجيع الذي يدفعهم إلى تغيير سلوكهم غير الشرعي. فقد ينكرون وجود مشكلة من الأصل، ويقللون من خطورة مشكلتهم، كما أنهم يعتقدون أن ضحاياهم لن يكونوا شهودا موثوقا من شهادتهم، كما أنهم على ثقة بأنهم يستطيعون التحكم في سلوكهم بدون مساعدة المتخصصين، ويجنح البعض إلى إلقاء اللوم على الضحية - حتى لو كان طفلا - بسبب كونه على درجة عالية من الإغراء، ومن أجل هذه الأسباب فإنه يتم الحكم على هؤلاء الأفراد بأنهم لا يصلحون لهذه البرامج العلاجية

Dougher, 1988 . ولزيادة تشجيع هؤلاء الأفراد على العلاج يمكن للمعالج أن يقوم بالآتي : Miller & Rollnick, 1991

1- التأكيد على معارضة المجرم للاعتراف بأنه مجرم واعتراضه على البحث عن علاج، وبالتالي تقليل النزعة الدفاعية، والعدائية.
2- أن يقوم بتحديد أنواع العلاج التي قد تعمل على مساعدته في تغيير سلوكه بشكل أفضل.
3- التأكيد على النتائج السلبية لرفض العلاج مثلا الترحيل إلى سجن أقل درجة وأسوأ في حالته وأوضاعه إذا كان الفرد معتقلا بالفعل . وأيضا على النتائج السلبية والوخيمة المترتبة على إعادة الهجوم مرة أخرى تشديد العقوبات القانونية .
4- تفسير أن التقييم النفسي الفسيولوجي للإثارة الجنسية عند المريض سوف يظهر النزعات الجنسية عند المرضى حتى بدون أن يعترفوا بها Garland & Dougher, 1991 .

العلاج السلوكي المعرفي Cognitive Behavioral Treatment: في الأعوام الأولى للعلاج السلوكي كانت اضطرابات الانحرافات الجنسية ينظر إليها نظرة ضيقة على أنها انجذابات إلى أهداف وأنشطة غير مناسبة. وقد ركز الباحثون على الاعتماد على علم النفس التجريبي من أجل التوصل إلى طرق لتقليل هذه الانجذابات، وقام بالتركيز على العلاج بالتنفير aversion therapy، ولذلك فإن الفرد ذا الانحراف السلوكي المتمثل في الفتيشية من خلال عشق الحذاء، يتم إعطاؤه صدمة في اليدين أو في القدمين أو يتم إعطاؤه دواء مقيأ وهو الدواء الذي يسبب الغثيان عندما ينظر إلى الحذاء. وكذلك الفرد المصاب باضطراب عشق الأطفال عندما يحدق في صورة لطفل عار وهكذا. وهناك تنوع في العلاج بالتنفير معتمدًا على تخيل الإحساس، بينما خلال هذه المواقف المثيرة التي يراها هو يحدث الشعور بالغثيان أو الخجل لتصرفه بهذه الطريقة. ولقد تم تطوير أشكال من تحويل الإحساس الذى تربط بين الإثارة المنحرفة والرائحة القذرة Maletzky, 2000 . وقد أوضحت دراسات تحويل الإحساس باستخدام العلاج بالتنفير فعاليتها في خفض الإثارة المنحرفة، ولكن الأدلة المتوفرة حول فعالية هذه التقنيات لتغيير السلوك بمفردها تعد قليلة Maletzky, 2000 .

وعادة ما يتم استخدام إجراءات معرفية لمواجهة التفكير المشوه عند بعض الأفراد ذوي السلوكيات الجنسية المنحرفة. ويحتوي جدول 12-6 على بعض الأمثلة للتشويهات المعرفية، والتي تهدف إلى التغيير. فمثلا قد يزعم الفرد من ذوي اضطراب الاستعراء أن الفتيات اللائي يعرض نفسه أمامهن، صغيرات للغاية لدرجة تحول دون

تأذّيهن من سلوكه. وسوف يقوم المعالج بمواجهة هذا التشويه بتأكيد أنه كلما كان سن الضحية أصغر، زاد حجم الضرر الواقع عليها Maletzky, 1997 .

وبوجه عام، فإن المناحي المعرفية والسلوكية قد أصبحتا أكثر تطورًا وأوسع انتشارًا في المجال منذ عام 1960، عندما تم حصر اضطرابات الانحرافات الجنسية من خلال التشريط بالتنفير والتدخلات المعرفية. والمنهج الراهن هو الجمع بين هذه الأساليب التقليدية مع تقنيات أخرى مثل التدريب على المهارات الاجتماعية، والتدريب على السيطرة على الاندفاعات الجنسية Maletzky, 2000 . والتدريب على التعاطف تجاه الآخرين هو أسلوب معرفي الشائع بشكل متزايد؛ حيث يتعلم الجاني جنسيًا النظر في كيفية تأثير سلوكه في فرد آخر ربما يقلل الميل للانخراط في هذه الأنشطة. ويعتبر "منع حدوث الانتكاسة" أحد العناصر المهمة في العديد من البرامج العلاجية الشاملة. فالمعالج الذي يقوم باستخدام أساليب منع حدوث الانتكاسة يساعد الفرد على تحديد المواقف والانفعالات التي قد تجعله مستهدفا للسلوك المرضي. فالتدخلات التي تجمع ما بين البرامج المعرفية والبرامج السلوكية تبدو أكثر نجاحًا عند مقارنتها بالبرامج السلوكية الصارمة Hall et al., 1995 .

أغلب الأدلة المتوفرة حول فعالية هذه التدخلات يعتمد على دراسات بدون مجموعة ضابطة. حيث أوضحت النتائج بدون استخدام مجموعة ضابطة أن التدخلات كانت مساعدة في تخفيف الأعراض، فالعديد من الأفراد سجلوا انخفاض أعراض عشق الأطفال بعد العلاج Maletzky, 2000 . وللأسف، فعند المقارنة بالمجموعة الضابطة التي لا تتلقي العلاج، وجد أن العلاج السلوكي المعرفي لا يبدو فعالا في خفض العودة إلى ممارسة سلوكيات الإجرام Marques, Wiederanders, Day, et al., 2005 . وبالرغم من أن هذه النتائج لا تمثل مجهودات مشجعة لاستمرار العلاج، فحتى لو كانت مؤثرة، فمازالت الفرصة لحماية الآخرين بعد إطلاق سراحهم من السجن Prentky, 1990 . وهذا يمثل مجالا ضروريا لإجراء البحوث.

العلاج البيولوجي Biological Treatment: لقد تم استخدام عدد من التدخلات العلاجية البيولوجية مع عدد من المجرمين الجنسيين. حيث استخدم الإخصاء Castration أو إزالة الخصيتين بشكل كبير حتى أصبحت العلاجات الهرمونية متاحة. وبالرغم من عدم توفر دراسات محكمة، إلا أن حوالي 3% من الذكور الخاضعين لجراحة الإخصاء كعقوبة على جرائمهم انخفض لديهم معدل الجريمة مقارنة بالأفراد بدون الإخصاء، وذلك خلال فترة المتابعة التي امتدت إلى حوالي إحدي عشرة سنة Wille & Boulanger, 1984 . وقد أصبح الإخصاء الجراحي أمرًا غير شائع هذه الأيام راجعًا ذلك إلى أمور أخلاقية كبرى.

وعلى الجانب الآخر فقد تم استخدام العديد من الأدوية لعلاج اضطرابات الانحرافات الجنسية، وخاصة بين مجرمي الجنس. وبالتحديد تلك الأدوية التي يتم استخدامها كمكملات للعلاج النفسي، فالأداء الجنسي والدافع الجنسي عند الرجال يتم تنظيمه عن طريق الإندروجينات التستوستيرون والديهدروتستوسترون . ومن ثم فقد تم استخدام العوامل الهرمونية التي تقلل الاندروجينات كعلاج لاضطرابات الانحرافات الجنسية، وتشتمل على خلات ميدروكسي medroxyprogesterone acetate والتي يطلق عليها تجاريًا اسم ديبو بروفيرا Depo-Provera ، وخلات سيبروتيرون - Cyproterone acetate، والعوامل الهرمونية المحفزة لهرمون الغدة النخامية Luteinizing Hormone-Releasing Hormone agents LHRH . وقد أوضحت الدراسات المحكمة العشوائية فعالية هذه العوامل في تقليل الإثارة للأشياء المنحرفة، وذلك باستخدام مخطط حجم القضيب Thibaut et al., 2010 . وبالرغم من النتائج الواعدة، إلا أن العديد من القضايا الأخلاقية قد ثارت حول الاستخدام غير المحدد والمقيد للعوامل الهرمونية. فاستخدام العوامل الهرمونية على المدى الطويل يرتبط بعدد من الآثار الجانبية السلبية، منها عدم الخصوبة، ومشكلات في الكبد، وهشاشة العظام، والسكر Gunn, 1993 ، ولابد من الحصول على الموافقة من المريض بمعرفته بهذه المخاطر، ومن ثم فإن العديد من المرضى لن يوافقوا على استخدامها أو سوف يطالبون باستبعادها من العلاج . Hill, Briken, Kraus, et al., 2003

وبجانب العقاقير المؤثرة في الهرمونات، وجد شيوع استخدام مضادات الاكتئاب من خلال مثبطات السيروتونين SSRI. بالرغم من أن القياسات القبلية - البعدية تدعم انخفاض الإثارة الجنسية للأهداف المنحرفة، إلا أن الباحثين لم يؤدوا دراسات عشوائية محكمة لمقارنة نتائج هذه العقاقير بمجموعة ضابطة، وبالتالي فجودة الأدلة البحثية مازالت ضعيفة Thibaut et al., 2010 .

الجهود لحماية العامة: قانون "ماجان" Megan's Law

إن النتائج المختلفة للجهود العلاجية ومعدلات العودة إلى الإجرام بعد خروج الفرد من السجن دفعت الأفراد إلى ممارسة الضغوط من أجل منع مجرمي الجنس من العودة إلى الأماكن التي تم القبض عليهم فيها. وهناك اتجاه آخر يتمثل في القوانين التي تسمح للشرطة بنشر أسماء الأماكن التي يتواجد بها مجرمو الجنس المسجلون، إذا كانوا يشكلون أحد المصادر المحتملة للخطر، وتسمح هذه القوانين للمواطنين أيضا باستخدام الشبكة القومية لسجلات الشرطة على الكمبيوتر وذلك لمعرفة ما إذا كان هناك أشخاص من مجرمي الجنس يعيشون بالقرب منهم أم لا Kempster, 1996 .

ويعتبر هذا القانون الذي أطلق عليه البعض قانون "ماجان" Megan's Law، والعديد من القوانين الأخرى المشابهة له عبر أنحاء الولايات المتحدة، ناشئة نتيجة الغضب الشعبي تجاه عملية القتل الوحشية التي تعرض لها تلميذ الصف الثاني في نيوجيرسى، حينما تم اختطافه أثناء عودته من المدرسة متجها صوب المنزل. وكان الشخص المدان في هذه الجريمة قد تمت إدانته مرتين من قبل. وللأسف، أصبحت بعض الأحياء متحفزة عندما كانت على بينة من أن مرتكبي الجرائم الجنسية من سكان أحيائهم Younglove & Vitello, 2003 . ومن المستغرب أن تأتي جماعات الحريات المدنية بتحدي مثل هذه القوانين.

الملخص السريع:

يتم تعريف اضطرابات الانحرافات الجنسية بأنها الانجذاب الجنسي إلى هدف جنسي غير عادي وشاذ، أو نشاط جنسي غير طبيعي، ويستمر ذلك لمدة لا تقل عن 6 أشهر، كما أنه يتسبب في مشقة وكرب وخلل وظيفي. وتختلف المعايير التشخيصية للانحرافات الجنسية طبقًا للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية، وذلك اعتمادًا على حسب هدف الانجذاب الجنسي. وقد حدد الدليل الخامس التشخيصات الرئيسة للانحرافات الجنسية في: اضطراب الفتشية، واضطراب عشق الأطفال، واضطراب التلصص، واضطراب الاستعراء، واضطراب التحرش الجنسي، واضطراب السادية الجنسية، واضطراب المازوخية الجنسية، واضطراب الأزياء الجنسية.

وليست هناك معرفة متوفرة لدى الباحثين حول معدلات انتشار هذه الاضطرابات، كما أن عدد الأبحاث المتوفرة حول هذا الموضوع المتمثل في الانحرافات الجنسية وأسبابها يعتبر ضئيلا للغاية. وتركز النظرية العصبية البيولوجية للانحرافات الجنسية على المستويات المفرطة من هرمونات الذكورة التستوستيرون ، ولكن هذه النظرية لم تتلق دعمًا قويًا. أما النظريات النفسية فإنها تركز على التشريط للأهداف الجنسية غير المناسبة، وعلى تواريخ سوء الاستخدام الجنسي والجسدي، والتنشئة الوالدية الضعيفة، وانخفاض المهارات الاجتماعية، والعداء ضد المرأة، والتشويهات المعرفية.

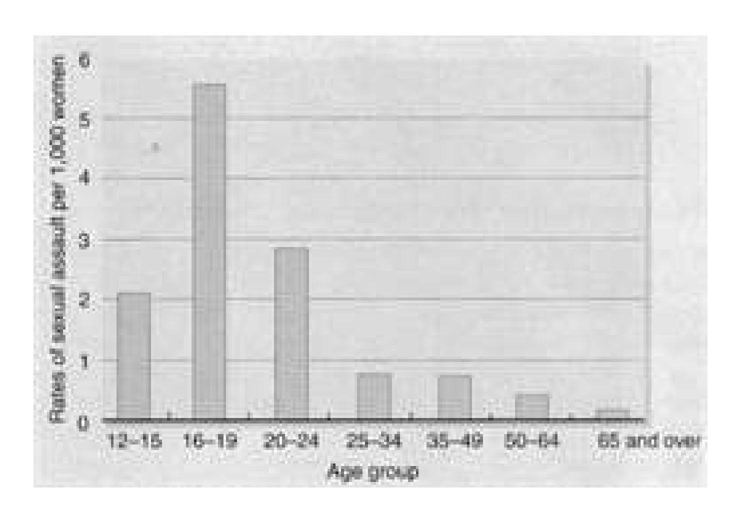
ولابد أن تبدأ طرق العلاج بالتركيز على مشاركة ودافعية العميل، والتي غالبا ما يكون من الصعب القيام بها. وتشمل الطرق السلوكية المعرفية وجهات نظر مختلفة منها العلاج بالتنفير، والأساليب المعرفية لمواجهة المعتقدات المشوهة حول النتائج المترتبة على السلوكيات الجنسية، كما أن المعالجين يستخدمون الأساليب في تحسين المهارات الاجتماعية، وفي مساعدة الأفراد على التحكم في اندفاعاتهم، وزيادة التعاطف مع الضحايا المحتملين، وتحديد المناطق المحتملة ذات الخطورة العالية بالنسبة للانتكاس. وتعتبر أكثر

الطرق علاجا بالدواء هي التي يتم فيها استخدام مضادات الاكتئاب، والأدوية التـي تقلـل مـن الهرمونات الذكورية. وقد تم إصدار قوانين تسـمح لعامـة الشـعب بالحصـول عـلى معلومـات حول الأماكن التي يتواجد بها مجرمو الجنس. غير أن جماعات حقوق الإنسـان تتحـدى بعـض هذه القوانين.

الاغتصاب Rape :

يتم اغتصاب حوالي من 20 : 25% امرأة أمريكية في فترة حياتهن Crowell & Burgess, 1996 . ويعتبر الاغتصاب قضية مهمة في حرم الجامعة. فحوالي 30% من الطالبات في الكليـات ذكرن أنهن قد تعرضـن للاعتـداء والتهديـد أو الضرر الجسـدي، بعـد أن رفضـن إقامـة علاقـة جنسـية مـع أحـد الأفـراد، بيـنما ذكـر 8.7% أنهـن قـد تعرضـن بالفعـل لإيـذاء جسـدي Struckman-Johnson, 1988 . فالاغتصاب يشيع بدرجة ما.

وبالرغم من أن الرجال قد يكونون ضحايا للاعتـداء الجـنسي، إلا أن دراسـتنا سـتركز عـلى النساء. لأن 90% من السيدات أو الفتيات الأصغر سنا هن الأكثر عرضـة للاغتصـاب مـن قبـل الرجال Crowell & Burgess, 1996 . فالسيدات الأصغر سنًا والفتيات أكثر عرضـة لحـوادث الاغتصاب من السيدات الأكبر سـنا انظـر شـكل A ، فهنـاك حـوالي مـا يقـرب مـن 70% مـن حوادث الاغتصاب يرتكبها شخص معروف بالنسبة للمـرأة National Center for Justice, 2003 . وأكثر من 70% من حوادث الاغتصاب مرتبطة بحالة السُـكر Crowell & Burgess, 1996 . ونادرًا ما يقتل الجاني ضحاياه.



شكل A : معدلات الاغتصاب بين النساء طبقًا للعمر

وتظهر على الغالبية العظمى مـن النسـاء المغتصبات أعـراض القلـق في الأسـابيع التاليـة لعملية الاغتصاب Rothbaum & Foa, 1993 . كما أن حوالي الثلث على الأقل سـوف يظهـر عنـدهن اضـطراب كـرب مـا بعـد الصـدمة Breslau, Chilcoat, Kessler, et al., 1999 . ومزيدًا من التفاصيل حول اضطراب كرب ما بعد الصدمة وعلاجه في الفصل السابع.

المغتصب Rapist: لفهم أسباب الاغتصاب:

هل يعتبر المغتصب بشكل أساسي، هو ذلك المـريض الـنفسي الـذي يسـعى إلى الحصـول على اللذة والإثارة عن طريق إذلال المرأة والسيطرة عليها من خلال التهديد وغالبا مـن خـلال الاعتداء؟ هل هو في المعتاد شخص غير واثق أو أنا هشـة fragile ego، ويشـعر بـالنقص بعـد خيبة الأمل والرفض الذي تعرض له في العمل أو الحـب، ويقـوم بـإخراج إحباطاتـه والتنفـيس عنها على امرأة بالإكراه؟ وما الصفات التي تفرق بين مغتصب وآخر؟

لا يوجد في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية اضـطراب الاغتصـاب. فهنـاك مجموعة من السمات التي تبدو شائعة بين المغتصبين. يميل الرجال العدوانيون جنسـيا أو الـذين يرتكبـون الاعتـداءات الجنسـية إلى أن تكـون سـماتهم الشخصـية مضـادة للمجتمـع واندفاعيـة Crowell & Burgess, 1996 . وعلى غير المعتاد، فإن العديد مـن المغتصـبين قـد يجمـع بيـنهم الكره والعداء الشديد للمرأة Malamuth, 1998 . وكشفت دراسـات أخـرى عـن أن المغتصـبين يميلون إلى إظهـار الإثـارة الجنسـية المفرطـة تجـاه صـور النشـاط الجـنسي بدرجـة أكـبر مقارنـة بالمجرمين غير الجنسيين Lalumiere & Quinsey, 1994 . بالإضافة إلى وجود تشويهات معرفية لنواتج السلوك الجنسي انظر جـدول 12-6 . بعـض المغتصـبين لـديهم مشـكلات في التمييـز بـين الملاطفـة Friendliness، والإغـراء الجـنسي Seductiveness، أو بشـكل أدق في قـراءة الإشـارات التي تصدرها المرأة والتي تعني أنها تريد أن تتوقف المحاولات الجنسـية معهـا Malamuth & Brown, 1998 .

ففي أحد المسوحات المجتمعية الكبرى، وجد أن الرجال الذين اعتدوا جنسيا على النسـاء يعـانون بمعـدل مـن 3 إلى 5 مـرات اخـتلالاً وظيفيـاً في الانتصـاب مقارنـة بغـير المغتصـبين Laumann et al., 1999 . كما أنه من الواضح أن المعتدين جنسيا لـديهم حـافز جـنسي عـال كما تم قياسه بتكرار الانفعالات الجنسية Kafka, 1997 .

كما تقترح البيانات المجمعة من ملاحظة التعرض للعنـف ضـد النسـاء مـن خـلال رؤية أفلام، ربما يؤدي إلى رؤية الاغتصاب كأمر مقبول. ففي إحدى التجـارب المحكمـة، تعرض طلبة الكلية الذكور - الذين قالوا إنهـم يـرون في الاغتصـاب شـيئا غـير مقبـول - للإثارة عند مشاهدة أفلام فيديو تصـور عمليـة الاغتصـاب، وخاصـة إذا وصـلت المـرأة

لمرحلة الأورجازم أثناء الاعتداء Malamuth & Check, 1983 . ومنذ أن تم إجراء هذه الدراسة، تم إجراء ثماني تجارب يتم فيها سؤال الرجال أو يطلب منهم أن يشاهدوا بعض الأفلام التي تحتوي إما على أنشطة وممارسات جنسية تتسم بالعنف أو ممارسات جنسية لا تتسم بالعنف. وكان اللافت للنظر أن التحليل الذي تم إجراؤه على الدراسات، يظهر أن العنف تجاه المرأة هو أمر مقبول Allen, D'Alessio, & Brezegel, 1995 . ويقول هذا البحث إن الأفلام الجنسية التي تصور المرأة بأنها تستمتع بالعلاقات الجنسية العنيفة، قد تساعد على تشجيع ممارسة وارتكاب حوادث الاغتصاب.

العلاج النفسي للمعتدين جنسيا:

تعتمد البرامج العلاجية للأشخاص المعتدين جنسيا المناهج العامة لاضطرابات الانحرافات الجنسية. حيت تشمل استراتيجيات الدافعية، ومدى واسعاً من الأساليب السلوكية والمعرفية، والعلاجات الدوائية. ويتم استخدام هذه الطرق في الغالب وتطبيقها في جلسات العلاج الجماعي التي تواجه المشكلة، والتي تسعى إلى دفع الفرد المعتدي جنسيا إلى تحمل المسئولية عن أفعاله وسلوكياته العدوانية. وكما هى الحال بالنسبة لاضطرابات الانحرافات الجنسية، فتكاد تكون هذه العلاجات فعالة بدرجة ما. ففي إحدى الدراسات تم توزيع المذنبين جنسيًا على ظرفين تجريبيين هما علاج معرفي سلوكي في مقابلة عدم وجود علاج Marques et al., 2005 . وجدت الدراسة أن ما بين 24 معتديا جنسيا، هناك 20% من الرجال الذين يخضعون للعلاج الجماعي قد ارتكبوا جريمة اغتصاب أثناء فترة المتابعة التي بلغت 5 سنوات، مقارنة بـ 29% من لم يخضعوا للعلاج الجماعي. وبالرغم من هذه النتائج التي قد تبدو غير مشجعة، فأي تحسن يُعد ضروريا مع هذه المشكلات الصعبة.

إصلاح النظام القانوني:

تؤكد التقديرات أن ما يتم الإبلاغ عنه من حوادث الاغتصاب لا يصل إلى النصف National Center for Vivtims of Violent Crime, 2004 . وتشير المقابلات التي تم إجراؤها مع نصف مليون سيدة، أن هناك ثلاثة أسباب للتقاعس عن الإبلاغ عن حوادث الاغتصاب هي:

1- اعتبار الاغتصاب قضية خاصة.
2- الخوف من انتقام الفرد المعتدي أو عائلته أو أصدقائه.
3- الاعتقاد بأن الشرطة لن تقوم بشيء ولن تلتفت للموضوع.

وقد تم تنفيذ عدد من الإصلاحات القانونية في الأعوام الأخيرة، فعلى سبيل المثال تسمح كل الدول في الوقت الحاضر بمقاضاة أو رفع دعوى قضائية في حوادث

الاغتصاب التي تحدث خلال الزواج، فالقوانين في معظم الدول تراعي احتمال عدم وجود شهود في هذا السلوك الخاص والفردي، ويشمل تعريف الاغتصاب على وجه التحديد: الإدخال في الفم أو في فتحة الشرج وكذلك الإدخال في المهبل. وربما يكون من أكثر الأمور أهمية أن المعلومات حول السلوك الجنسي السابق للضحية، وتاريخها الجنسي، لم تعد جديرة بالقبول. وبالرغم من حدوث هذه التغييرات إلا أن المحاكمات ما تزال مرهقة للغاية. حيث إن نسبة ضئيلة للغاية من الأفراد الذين ارتكبوا جرائم اغتصاب، تم إدانتهم على جرائمهم، فمن الصعب إصدار حكم بالإدانة على الفرد المعتدي، إذا حدث بينه وبين الضحية أي تآلف أو مودة - وبالرغم من أن العديد من الأفراد المغتصبين يمارسون الاغتصاب أو مارسوه بالفعل مئات المرات، إلا أنهم لم يتعرضوا للسجن بسبب هذه الجرائم إلا مرات قليلة للغاية.

الملخص:

- تتأثر السلوكيات والاتجاهات الجنسية بشدة بالثقافة، ولذلك فإن أي دراسة للاضطرابات التي تحدث في الممارسة الجنسية لابد أن تراعي الفكرة القائلة بأن المعايير عرضة للتغيير من وقت لآخر أي حسب الزمان والمكان. وتتركز الأبحاث في الوقت الحاضر بصورة كبيرة على الاختلافات بين الجنسين في الممارسة الجنسية.
- وقد قسم "كابلان" الدورة الجنسية على أربع مراحل: الرغبة، والإثارة، والأورجازم، والخمود. وقد تم انتقاد نموذج "كابلان" عند النساء.

الاختلالات الوظيفية الجنسية :

- لقد حدد الدليل التشخيصي الخامس الاختلالات الوظيفية الجنسية الآتية: اضطرابات الاهتمام، والرغبة، والإثارة الجنسية اضطراب الاهتمام والإثارة الجنسية عند المرأة، واضطراب قصور الرغبة الجنسية عند الرجل، واضطراب الانتصاب . واضطرابات الأورجازم اضطرابات الأورجازم نشوة أو رعشة الجماع عند المرأة، سرعة القذف القذف المبكر ، وتأخير القذف . واضطرابات الألم الجنسي الألم الحوضى – التناسلي/ اضطراب الإيلاج . كثير من الأفراد يعانون الأعراض الجنسية، ولكن هذه اضطرابات تشخيصية إلا إذا كانت متكررة، وتسبب إما كربًا أو خللا وظيفيًا، ولا تفسر في ضوء الظروف الطبية.
- ومن الصعب إجراء الأبحاث حول أسباب الاختلالات الجنسية، كما أن المسوحات قد تكون غير دقيقة، بالإضافة إلى أن من الصعب جمع المعايير المعملية أو المقاييس المعملية، وقد قام الباحثون بتحديد بعض المتغيرات المختلفة التي قد تسهم في ظهور الاختلالات الوظيفية الجنسية وهي تشمل: المتغيرات البيولوجية، والتجارب الجنسية

السابقة، وقضايا العلاقات، والمرض النفسي، والانفعال أو الإثارة المنخفضة، والمعارف السلبية.

* وهناك العديد من التدخلات الفعالة بالنسبة للاختلالات الوظيفية الجنسية، أكثرها العلاجات السلوكية/المعرفية. فالعلاج الجنسي الذي يهدف إلى الحفاظ على العادات القديمة مع تعلم مهارات جديدة قد عرفه الأفراد من خلال العمل - الكتاب - الذي قام به كل من "ماسترز" و"جونسون" وتركز طريقتهما على التعرض التدريجي والذي لا ينطوي على تهديد، للقاءات جنسية حميمة مع الموافقة على النشاط الجنسي عن طريق معالجين موثوق منهم. ويهدف المعالجون الجنسيون أيضًا إلى تعليم المرضى عن التشريح الجنسي، وتقليل القلق، وتعلم مهارات الاتصال، وتحسين السلوكيات والأفكار التي تدور حول الممارسة الجنسية، وكذلك فإن العلاج الزواجي مناسب في بعض الأحيان. وقد يتم استخدام طرق علاجية بيولوجية مثل الفياجرا، وبصفة خاصة عندما يكون الاختلال الوظيفي الجنسي ناتجا بشكل أساسي عن أسباب جسدية عضوية وليست سيكولوجية. كما هى الحال في العديد من حالات الاختلال الوظيفي في الانتصاب.

اضطرابات الانحرافات الجنسية:

- يتم تعريف اضطرابات الانحرافات الجنسية بأنها الانجذاب الجنسي إلى هدف جنسي غير عادي وشاذ، أو نشاط جنسي غير طبيعي، ويستمر ذلك لمدة لا تقل عن 6 أشهر، كما أنه يتسبب في مشقة وكرب وخلل وظيفي. وتختلف المعايير التشخيصية للانحرافات الجنسية طبقًا للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية، وذلك اعتمادًا على حسب هدف الانجذاب الجنسي. وقد حدد الدليل الخامس التشخيصات الرئيسة للانحرافات الجنسية في: اضطراب الفتشية، واضطراب عشق الأطفال، واضطراب التلصص، واضطراب الاستعراء، واضطراب التحرش الجنسي، واضطراب السادية الجنسية، واضطراب المازوخية الجنسية، واضطراب الأزياء الجنسية لم نناقشه لأنه لا يوجد دليل على أن السلوك يسبب اختلالاً .
- وقد كانت هناك جهود للتحقق من أنواع الشذوذ المرتبطة بالهرمونات في الأفراد ذوي اضطرابات الانحرافات الجنسية، غير أن النتائج غير نهائية وليست حاسمة.
- ووفقا لوجهة النظر السلوكية فإنها ترى أن اضطرابات الانحرافات الجنسية هي انجذاب نحو الأهداف والموضوعات ينبع من التشريط الكلاسيكي للإثارة الجنسية. غير أن الأدلة العلمية لا تدعم هذا الرأي. وهناك افتراض سلوكي آخر، يفترض أن هناك عيوبا في المهارات الاجتماعية، هذه العيوب هي التي تجعل من الصعب

بالنسبة للفرد أن يتفاعل بشكل طبيعي مع البالغين الآخرين. ومرة أخرى لا يوجد دليل عملي يدعم هذا الرأي، ويبدو أن هناك انحرافات معرفية.

- من أكثر الطرق العلاجية لاضطرابات الانحرافات الجنسية - من حيث كونها مبشرة وواعدة - العلاج السلوكي المعرفي. حيث إن أحد إجراءات التشريط هو جعل الهدف الجنسي أو الموضوع الجنسي مقترنا بحوادث، أو منبهات مؤلمة أو منفرة. ويركز العلاج المعرفي على التشويهات المعرفية عند الفرد المصاب بالانحرافات الجنسية. ومن الطرق العلاجية الشائعة أيضا طريقة التدريب على المهارات الاجتماعية والتعاطف. وتقول بعض الدراسات إن العلاجات النفسية تقلل من معدلات الجرائم القانونية. وتعمل أدوية مثبطات السيروتونين والعقاقير التي تقلل من مستويات هرمون التستوستيرون من تقليل الحافز الجنسي والسلوكيات الجنسية المنحرفة كذلك. غير أن هناك انتقادات أخلاقية وجهت إليها بسبب الآثار الجانبية المترتبة عليها، أو المترتبة على الاستخدام طويل المدى لعقاقير الهيرمونات.

13

الفصل الثالث عشر
اضطرابات الطفولة

الفصل الثالث عشر
اضطرابات الطفولة

ترجمة

د/ هناء أحمد شويخ

الأهداف التعليمية .. أن تكون قادرًا على :

1- وصف القضايا المتعلقة بتصنيف المرض النفسي عند الأطفال.
2- مناقشة وصف وأسباب وطرق علاج المشاكل الظاهرية بما فيها اضطراب السلوك واضطراب ADHD، والمشاكل الداخلية والتي تشمل الاكتئاب والقلق.
3- فهم صعوبات التعلم واضطراب القراءة وعسر الحساب، وكذلك فهمنا الحالي لأسباب وطرق علاج اضطراب القراءة.
4- وصف وتحديد أعراض الإعاقة العقلية والأبحاث الحالية حول الأسباب والعلاج.
5- وصف أعراض وأسباب وطرق علاج اضطراب التوحد.

حالة طبية سريرية: إيريك Eric

انتبه الصبي على صوت مدرسه يهتف به وسط ضحكات زملائه إيريك، إيريك؟ إيريك! ، أخذ يحدق في كتاب الفتاة الجالسة بجواره، وقد شعر أنه محط أنظار الفصل كله. كان من المفترض أن يجيب على سؤال حول إعلان الاستقلال، غير أنه ظل شارداً يفكر، كان مشغولا بالمقاعد التي سيجلس عليها هو ووالده لمشاهدة مباراة البيسبول التي ستقام مساء اليوم. كان الصبي النحيل "إيريك" قد أتم اثنى عشر عاما عندما التحق بالصف السابع، وقد حذره أستاذ التاريخ من التأخر عن الفصل وعدم الانتباه، ويبدو أن إيريك لم يكن قادراً على التنقل من فصل إلي فصل دون التوقف لشرب بعض الماء أو الاستفسار عن مشاجرة تجري بين الزملاء، وعندما ينادي عليه المدرس في الفصل، فنادرا ما يكون مستعدا للإجابة، وعادة ينسى كتابة الواجب المدرسي، فاشتهر بين أقرانه بلقب "التائه".

تبدل شعور إيريك بسرعة بعد الفرح عندما دق الجرس وتحول إلى قلق وخوف عندما وصل إلي أرض الملعب لأداء حصة التربية الرياضية، فبالرغم من سرعته وقوته الجسمانية، إلا أن إيريك كان آخر بديل في فريق البيسبول، وكان فريقه على وشك تسديد الضربة الأولى، بينما جلس إيريك منتظراً دوره، وبينما كان مستغرقا في تفحص الحصى الكثير الذي كان عند قدميه، لم ينتبه لرؤية فريقه وهو يخرج للمرة الثالثة ويفشل في تغيير جولة البيسبول، حتى إن الفريق الآخر كان قد دخل بالفعل إلي

الميدان بدون أن يلاحظ إيريك أن فريقه قد خرج من الميدان - ولم يسمح له الوقت بتفادي الهتافات الغاضبة لمدرس التربية البدنية، ليأخذ مكانه في الصف الثالث، وبالرغم من أن إيريك كان يقظاً ومنتبهاً لفرصته في دخول أرض الملعب، إلا أنه اكتشف أنه لا يرتدي قفازه عندما اصطدمت به كرة قوية صوبها أحد اللاعبين، لقد خلعه في الطريق ليلهو به ويتقاذفه في الهواء.

في المنزل، قام والده بتذكيره أن عليه أن ينتهي من واجبه المدرسي، وإلا فلن يذهب للعب. لم يتبق له إلا صفحة واحدة من مسائل الرياضيات، وكان من المفترض أن ينهيها بسرعة، وأثناء خروجه من الحمام، وبعد ثلاثين دقيقة لاحظ الوالد بعد خروجه من الحمام أن إيريك يقوم ببناء شكل معقد من لعبة "الليجو" على أرض الحجرة، ولم ينجز سوى نصف واجب الرياضيات فقط، لذلك فقد قرر الوالد الغاضب أن يتوجه ليمارس اللعبة دون أن يأخذه معه.

وعندما حان وقت النوم، كان إيريك محبطا مغتما، ولم يستطع النوم، وفي الغالب كان يبقى مستيقظاً لعدة ساعات، يسترجع إخفاقاته خلال اليوم، ويوبخ نفسه على فشله المتكرر، أما في هذه الليلة فقد استغرق في التفكير في افتقاره إلي الأصدقاء، وفي الإحباطات التي يصيبه بها المدرسون، وفي النصائح والتحذيرات المتكررة التي يوجهها له والداه بضرورة التركيز والاهتمام، ويجمع كل هذه الأشياء بعضهما مع بعض ويضمها إلى شعوره الدائم باليأس من تحقيق أي تقدم، رغم اعتزامه كل يوم أن يبذل أقصى جهد لتحقيق ذلك، بدأ إيريك يفكر في الانتحار، وقد واتته هذه الليلة فكرة عبور الشارع أمام سيارة مارة. بالرغم من أن إيريك لم ينفذ أفكاره الانتحارية، إلا أنه كان دائم التفكير في حزن وألم، وفي شجار زملائه معه، وفي مخاوف مدرسيه.

تعتبر معظم نظريات اضطرابات الطفولة سواء النظريات السيكولوجية أو المعرفية أو العصبية البيولوجية أن التجربة والنمو أثناء مرحلة الطفولة من أهم العوامل التي تؤثر على الصحة العقلية للبالغين. تنظر معظم النظريات إلي الأطفال على أنهم أكثر قابلية للتغيير من البالغين، لذا فإنهم الأنسب للعلاج بصفة خاصة، وقد زاد عدد الأطفال الذين يتم تشخيصهم أو علاجهم من اضطرابات نفسية مختلفة، بشكل مثير خلال السنوات الأخيرة، ولم يمر ذلك دون إثارة كثير من الجدل انظر أهم الاكتشافات 13-4 . كما أثير جدل حول ضخامة عدد الوصفات الطبية التي تعطى للأطفال، فعلى سبيل المثال، تزايدت الوصفات الطبية التي تصف مضادات الاكتئاب للأطفال إلى خمسة أضعاف خلال الفترة بين عامي 1993 و2002، بل إن نحو مليون وصفة طبية قد تمت كتابتها خلال عام 2002 Olfson, Blanco, Lui, et al., 2006 .

نناقش في هذا الفصل العديد من الاضطرابات التي من المرجح أن تنشأ في مرحلة الطفولة أو في مرحلة المراهقة، وسنبدأ بدراسة الاضطرابات التي تنطوي على السلوك غير المقبول والمتوتر والمتهور، ثم بعد ذلك نناقش الاضطرابات التي يبدو فيها اكتساب مهارات معرفية أو لغوية أو حركية، أو مهارات اجتماعية أمراً مزعجاً، وهذا يتضمن صعوبات التعلم، وكذلك الاضطرابات الأكثر حدة مثل التخلف العقلي، والتوحد والتي عادة ما تكون مزمنة وتستمر في مرحلة البلوغ.

تصنيف وتشخيص اضطرابات الطفولة

قبل القيام بتشخيص أي اضطراب عند الأطفال، لابد أن يحدد الأطباء السريريون النموذج الأمثل لكل سن أولا، فتشخيص حالة الأطفال الذين يحبون على الأرض ويضربون بأرجلهم ويصرخون عندما يضلون طريقهم سيختلف عن تقييمه إذا كان عمر الطفل عامين، وعنه إذا كان عمره سبع سنوات. يركز مجال علم نفس النمو المرضى على اضطرابات الطفولة داخل سياق النمو الطبيعي للحياة مما يساعد على التعرف على السلوكيات التي تعتبر مناسبة في إحدى المراحل، والتي تكون مزعجة في مرحلة أخرى.

تكون بعض اضطرابات الطفولة مثل اضطراب القلق الانفصالي قاصرة على الأطفال، وهناك أنواع أخرى مثل اضطراب الانتباه/ النشاط المفرط كانت قد صنفت كاضطرابات أثناء الطفولة ولكن تبين أنها تمتد حتى مرحلة البلوغ، ولا تزال بعض الاضطرابات مثل القلق تبدأ عند مرحلة الطفولة ولكنها تظل شائعة لدى البالغين، إلا أن اضطراب الطعام يبدأ في مرحلة البلوغ، وقد خصصنا فصلا مستقلا لمناقشته وذلك بالفصل الحادي عشر.

هناك العديد من التغييرات التي أدخلت على القسم الخاص باضطرابات الطفولة في الدليل التشخيصي في إصداره الخامس، وكما هو موضح في شكل 13-1 ، وحتى ترتيب هذه الاضطرابات قد تم تغييره، فقد كانت اضطرابات الطفولة جميعها ضمن فصل واحد في الدليل التشخيصي في إصداره الرابع. أما في الإصدار الخامس فقد جاءت ضمن فصلين: " الاضطرابات العصبية التطورية، واضطرابات التحكم في الدافعية، واضطرابات السلوك. أما الاضطرابات الأخرى مثل اضطراب قلق الانفصال فقد تم إدراجها في الفصل المخصص لاضطرابات القلق.



شكل 13-1 ترتيب اضطرابات الطفولة وفق الدليل التشخيصي- الإصدار الخامس

كـذلك فمـن التغيـيرات التـي تضـمنها الإصـدار الخـامس تغيـير أسـماء الاضـطرابات راجـع شـكل 13-1 ، فعـلى سـبيل المثـال فـإن مـا كـان يطلـق عليـه سـابقا التخلـف العقـلي

أصبح اسمه الإعاقة الذهنية وذلك لكي يتفق مع منهج الجمعية الأمريكية للإعاقة الفكرية والنمائية AAIDD ، ومن بين التغييرات أيضا دمج أربعة من الاضطرابات التي تضمنها الإصدار الرابع اضطراب التوحد، واضطراب متلازمة أسبرنجر Asprenger واضطراب الطفولة الانتقائي، والاضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة ليتم وضعها في الدليل التشخيصي في الإصدار الخامس ضمن اضطراب واحد سمي اضطراب طيف التوحد. كذلك فقد تم فصل اضطراب القراءة واضطراب الحساب ليتم اعتبارهما محددين لتصنيف اضطراب التعلم.



شكل 13-2 الاضطرابات العصبية التطورية

ويمكننا أن نلخص التغييرات الإضافية في الإصدار الخامس كما هو موضح بجدول 13-1

جدول 13-1 تشخيصات اضطرابات الطفولة

تشخيصات الإصدار الخامس	أهم التغييرات
اضطراب قلة الانتباه وزيادة النشاط ADHD	- أربعة أعراض اندفاعية جديدة. - وجود بعض الأعراض قبل عمر 12 عاما. - وجود خمسة أعراض لدى البالغين، وستة للأطفال. - ألغيت الأنماط الفرعية.
اضطراب السلوك Conduct disorder	- لا توجد أي تغييرات في معايير الإصدار الخامس. - تم وضع محدد جديد لسمات التحجر العاطفي.
اضطراب التحدي المعارض Oppositional Defiant Disorder-ODD	- المعايير هي نفسها ولكن تم تصنيفها إلى أعراض عاطفية وسلوكية. - يمكن أن تحدث مع اضطراب السلوك.

تشخيصات الإصدار الخامس	أهم التغييرات
اضطراب قلق الانفصال Separation Anxiety Disorder	- قليل من التغييرات بهدف التوضيح، ولم يعد مطلوبا أن يكون العمر أقل من 18 عاما. - بالنسبة للبالغين فإن فترة 6 شهور تكون مطلوبة للتشخيص.
اضطرابات التعلم المحددة Specific Learning Disorders- SLD	- أضيف تصنيف جديد للدليل التشخيصي- الإصدار الخامس يتناول الصعوبات العامة للتعلم فيما يتعلق بالمهارات الأكاديمية. - لم يعد اضطراب التعبير التحريري تصنيفا منفصلا ولكنه أصبح جزءا من اضطرابات التعلم المحددة SLD. - تم المزج بين اضطراب اللغة التعبيري مع اضطراب اللغة التعبيرية المختلط وتمت إضافته إلى اضطرابات التواصل.
عسر القراءة Dyslexia	- كان يسمى اضطراب القراءة- والآن يعرف بأنه نمط من SLD لكن لم يتم وضعه في تصنيف منفصل.
عسر الحساب Dyscalculia	- كان يسمى اضطراب الحساب- والآن يعرف بأنه نمط من SLD لكن لم يتم وضعه في تصنيف منفصل.
الإعاقة الذهنية Intellectual disability	- كان يطلق عليها التخلف العقلي. - وضعت محددات للضعف الوظيفي والتكيفي. - لم تعد الأنماط محددة وفق مقياس الذكاء.
اضطرابات الطيف التوحدي Autism Spectrum Disorders- ASD	- كانت تعرف سابقا باسم اضطرابات التوحد. - تمزج بين التوحد ومتلازمة أسبرجير والاضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة PDD NOS، واضطرابات الطفولة التفككية Childhood Disintegrative Disorder. - تم مزج نطاقات التفاعل التواصلي والاجتماعي ضمن مجموعة واحدة مع توضيح التداخل بينها. - لم يعد التأخر اللغوي مطلوبا للتشخيص. - لابد من ظهوره أثناء الطفولة المبكرة.

غالبـا مـا يـتم تقسـيم الاضـطرابات المتعلقـة بالطفولـة إلى مجمـوعتين رئيسـتين هـما: الاضـطرابات الموجهـة للخـارج، والاضـطرابات الموجهـة للـداخل. تتميـز الاضـطرابات الموجهـة للخـارج Externalizing disorders بأنهـا سـلوكيات تكـون موجهـة للبيئـة الخارجيـة، مثـل العدوانية، وعدم الطاعة، والنشاط المفرط، والاندفاعية، ويتضمن هذا التصنيف اضـطراب قلـة الانتبـاه وزيـادة النشـاط ADHD ، واضـطراب التحـدي المعـارض- ODD. بيـنما تمتـاز الاضطرابات الموجهة للداخل Internalizing disorders بتجـارب وسـلوكيات أكـثر توجهـا إلى داخـل الـذات مثـل الاكتئـاب، والانسـحاب الاجتماعـي، والقلـق، ويتضـمن هـذا التصـنيف اضطرابات قلق الطفولة واضطرابات المزاج. يمكن أن تظهر أعـراض المجمـوعتين عـلى الأطفـال والبالغين كما ورد في حالة "إريك" السريرية.

تختلف السلوكيات المرتبطـة بالتوجـه إلى الخـارج أو الـداخل بـين البلـدان المختلفـة، مثـل سويسرا Steinhausen & Metzek, 1998 ، واستراليا Achenbach, Hensly, Phares, et al, 1990 ، وبورتريكو Achenbach et al, 1990 ، وكينيا Weisz, Sigman, Weiss, et al, 1993 ، واليونان MacDonald, Tsaintis, Achenbach, et al, 1995 . وفي مختلـف الثقافـات نجـد أن السلوكيات الموجهة للخارج تظهر بصورة أكبر لدى الصبيان، أما السـلوكيات الموجهـة للـداخل فتكون أكثر لدى الفتيات حتى فترة البلـوغ عـلى الأقـل Weisz, Swanlert, Wanchai, et al., 1999 . يناقش الجزء الخاص بأهم الاكتشـافات 13-1 الـدور المحتمـل للثقافـة في ظهـور هـذه المشكلات المتعلقة بالسلوك لدى الأطفال.

وكما سـنرى لاحقـا فـإن اضـطرابات الأطفـال تتضـمن تـداخلات جينيـة وعصـبية حيويـة وعوامل نفسية، وفي جزئية أهم الاكتشافات 13-2 سنتناول اضطرابا آخر يـؤثر عـلى الأطفـال وهو مرض الربو asthma.

أهم الاكتشافات 13-1

دور الثقافة في إخفاء وإبراز مشاكل السلوك

قد تلعب قيم وعادات الثقافة دورا في تحديد ما إذا كان نموذجاً معيناً مـن سـلوك الطفـل قد يتطور ليصبح مشكلة. توصلت إحدى الدراسات إلى أن الأطفال الذين يعانون مشاكل داخلية في السلوك في تايلاند مثل الرعب الشديد، هم الأكثر عرضة للذهاب إلي العيادات النفسية، بينما في الولايات المتحدة نجد أن من يعانون المشاكل الخارجية مثل العدوانية والنشـاط المفـرط هـم الأكثر Weisz et al., 1987 ، وأرجع الباحثون هذه الاختلافات إلي الحقيقة القائلة بأن البوذيـة التي تستنكر وتدين العدوان تمارس على نطاق واسع في تايلاند، وبكلمات أخرى فـإن العقوبـات الثقافية تجاه استخدام طرق عدائية قد كبتت هذه السلوكيات ومنعت تطورها إلى الحـد الـذي هي عليه في الولايات المتحدة الأمريكيـة، ومـن بـين المشـكلات التـي تتعلـق بهـذه الدراسـة أن

الباحثين اعتمدوا على مقاييس تقييم تتماشى مع عينات الولايات المتحدة، وهذا ما يطرح احتمالية عدم الاهتمام بالاختلافات السلوكية بين الثقافتين وذلك لأنه لم يتم قياسهما بدقة في الثقافتين راجع الفصل 3 للمزيد من المعلومات حول الثقافة والتقييم .

والحق أن النتائج التي خلصت إليها إحدى دراسات المتابعة أن مشكلات السلوك التي تم وصفها بنفس الكلمات قد لا تكون في الواقع هي نفس المشكلات في كلتا الثقافتين التايلاندية والأمريكية Weisz, Weiss, Suwanlert, et al. 2003 ، وقد قام الباحثون بمقارنة مشاكل سلوكية معينة مثل الشكاوي الجسدية، والسلوك العدواني ومجالات أوسع الداخلية، والسلوكيات الخارجية وذلك باستخدام معايير التقييم الأمريكية والتايلندية، وقد وجدوا أن المجالين الكبيرين المتمثلين في السلوكيات الداخلية والسلوكيات الخارجية متشابهان وبوضوح عبر الثقافات، إلا أن هناك تصنيفات محددة داخل هذين النمطين لم تكن متشابهة وقد كانت الشكاوي الجسدية ثابتة لدى الأولاد؛ إلا أن الخجل كان أقل ثباتا عبر الثقافات بين الفتيات، أما السلوك اللفظي العدواني فلم يكن ثابتاً.

الصغار التايلانديون يقومون بطقوس الخدمة في المعبد البوذي. قد تسهم الثقافة البوذية في خفض ظهور الاضطرابات الخارجية في تايلاند.

تشير هذه الدراسات إلي أهمية دراسة المرض النفسي عبر الثقافات، فمن الخطير أن نفترض أن المعايير والمقاييس التي نضعها لتقييم المرض النفسي في الولايات المتحدة سوف تعمل بنفس الدرجة عبر الثقافات، وكما أشار الباحثون أعلاه فإن نظرياتنا حول أسباب المرض النفسي في حاجة إلى أن تكون قادرة على النظر بعين الاعتبار إلي الاختلاف في مثل هذه العوامل، مثل ممارسات الوالدين، والقيم والمعتقدات، والطرق التي يبلغ بها الوالدان عن المشكلات السلوكية التي يثيرها أطفالهم، وهذا ما يمثل تحديا بالنسبة لمجالنا.

أهم الاكتشافات 13-2

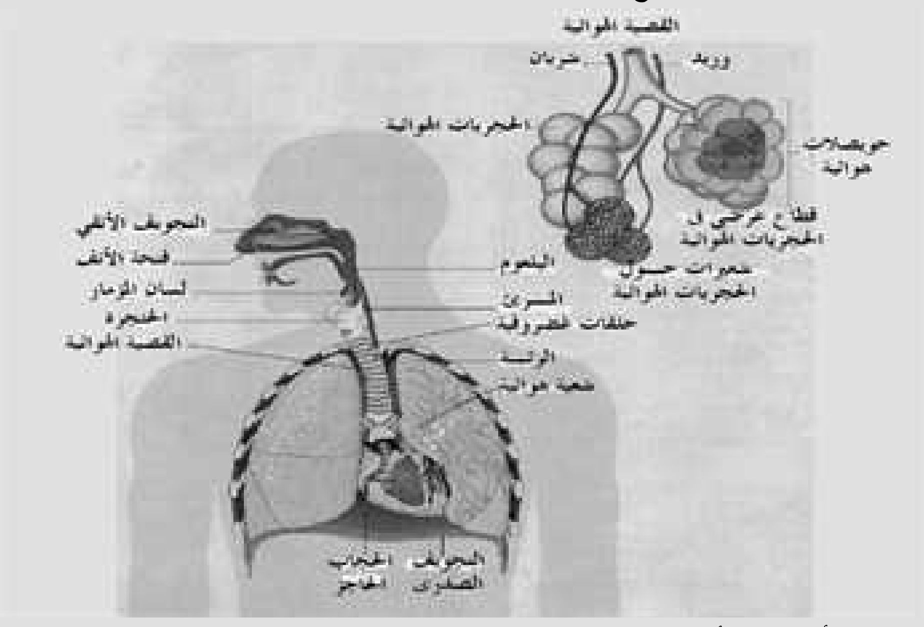
الربو Asthma

الربو هو اضطراب يصيب الجهاز التنفسي راجع شكل أ ، ويصيب نحو 23 مليون شخص في الولايات المتحدة ومن بينهم 7 ملايين طفل. يصل معدل انتشار الربو إلى أعلى مستوياته لدى الأطفال بين عمر 7-14 عاما، 15-19 عاما NHBLI,

2010 ، وفي ولاية كاليفورنيا بلغ متوسط تغيب الطفل المصاب بالربو عن المدرسة أسبوعا في عام 2005 Men, Babey, Hastert, et al., 2008 ، وينتشر الربو عند الأولاد في مرحلة الطفولة بصورة تفوق انتشاره لدى الفتيات، ولكن في مرحلة البلوغ يكون انتشاره أكبر لدى النساء مما هو عليه لدى الرجال NHBLI, 2010 .

وعند الإصابة بالربو، تضيق الممرات الموجودة بالرئة مسببة صعوبة بالغة في التنفس، وإضافة إلى ذلك فإن نشاط جهاز المناعة أثناء الإصابة بالربو يؤدي إلى تضخم أنسجة الرئة، وهو ما يؤدي بالتالي إلى زيادة إفراز المخاط والتورم الوذمي تجمع السوائل في الأنسجة . Moran, 1991

وفي أغلب الأحيان فإن الربو يحدث بغتة، والإصابة الحادة به هي تجربة مريعة وقد تسبب الفزع المرضي Carr, 1998, 1999 الذي يرافق الإصابة بالربو. يعاني الأشخاص المصابون بالربو صعوبة في إدخال وإخراج الهواء إلى الرئتين ويشعرون بالاختناق، ويمكن أن يرافق هذا الخوف أيضا تقطع النفس واللهاث والكحة.



شكل أ : المكونات الأساسية للجهاز التنفسي القصبة الهوائية، والرئتان والشعبتان الهوائيتان والقصيبات التنفسية والحويصلات الرئوية والأعضاء الملحقة. عند الإصابة بالربو يعاق ممر الهواء خاصة في الشعب الهوائية ويتكون المخاط والسوائل في الرئة.

بعد الإصابة يشعر الشخص بالإعيـاء وبالرغبة في النمو عندما يعود التنفس إلى طبيعته.

تحدث نوبات الربو متقطعة سواء على المستوى اليومي أو كل أسبوع أو شهر، وتختلـف في مدى حدتها.

قد يتزايد معدل تكرار نوبات الربو فصليا خاصة عند انتشار حبوب اللقاح، وقـد تسـتمر الأعراض لمدة ساعة واحدة أو تمتد إلى عدة ساعات وربما بعض أيام أحيانا.

وبالنسبة للأشخاص الذين يعانون الإصابة بالربو، فإن الإصابة تحدث بعـد بـذل جهـد كبير، وعلى الرغم من أن بعض الرياضيين قد يصابون بالربو فـإن بعضـا مـنهم قــد يصـاب بالمستويات العالية منها ولكنه يستمر في الأداء الرياضي بمستوى عال، فعـلى سـبيل المثــال هناك جاكي جوينر كيرسي التي حققت ست ميداليات أوليمبية في الركض والمضمار.

ما الذي يسبب الربو؟

يبدو أن الإصابة بالربو تنتج عن العديد من العوامل بمـا في ذلـك الحساسـية والتـدريبات الرياضية ودرجة الحرارة المنخفضة والعدوى الفيروسية والتسمم البيئي مثل التـدخين السـلبي والتلوث الهوائي. كما يمكن للتوتر والمشاعر السلبية أن تزيد من تأثير السـموم البيئيـة المسـببة للإصابة بالربو.

العوامل الحيوية:

عندما يكون السبب الرئيس في الإصابة بالربو هـو الحساسـية، فـإن خلايـا الجهـاز التـنفسي، خاصة الخلايا الحساسة تتحسس تجـاه مـادة معينـة مثـل حبـوب اللقـاح أو العفـن أو الفـراء أو الملوثات الهوائية أو الدخان أو ذرات الغبار، والأشخاص المصـابون بـالربو نتيجـة لحساسـيتهم قـد يكون لديهم حساسية مفرطة وراثية تجاه المواد التي يتم استنشاقها والتي تسبب الضرر، وبالنسبة للإصابة بالربو في العائلات فقد ثبت أن العوامل الوراثية لهـا دور في حـدوثها Edger, Ege, von Mutius, et al, 2006 . تقل الدراسات حول ما يتعلق بتداخل الجينات مع العوامـل البيئيـة عنـد الإصابة بالربو Cookson, Moffatt, 1997, 2000 .

أحداث الحياة المحزنة والمشاعر السلبية

كذا، فحتى إذا كان الربو ناشئا عن عـدوى أو حساسـية، فـإن الضـغط الـنفسي يمكـن أن يسهم في حدوث الإصابة، ونظرا للارتباط بين الجهـاز العصـبي الـذاتي وإعاقـة وتـأخر المجـاري الهوائية وكذا العلاقة بين الجهاز العصبي الذاتي العواطـف، فـإن الأبحـاث قـد ركـزت عـلى مـا يتعلق بالتجارب والتعبير عن المشاعر السلبية.

كذلك فقد لوحظ الارتباط المباشر بين المشاعر السلبية وظهور أعـراض الربـو وكيـف أنهـا تـؤثر عـلى تـدفق التـنفس وذلـك مـن خـلال قيـاس تـدفق الهـواء في الممـر الهـوائي مـن

خلال استنشاق نفس عميق وإطلاق دفعة واحدة بأقوى ما يمكن أمام جهاز يقيس قوة الهواء المنطلق. طلبت دراسة مستقبلية من الأطفال في عمر 6- 13 عاما ووالديهم الاحتفاظ بسجلات يومية لأعراض الربو وقياس تدفق الهواء لمدة 18 شهرا Sandberg, Javenpaa, Paton, et al., 2004 . كما تم إجراء مقابلات شخصية مع الأطفال والوالدين للحديث حول أحداث الحياة المحزنة التي مروا بها خلال فترة الدراسة. وجد الباحثون أن الأطفال قد أصيبوا بالربو خمسة أضعاف المعتاد عند مرورهم بحدث مؤسف خلال يوم أو يومين قبل الإصابة بنوبة الربو. علاوة على ذلك، فإن الأطفال الذين يعانون أحداثا حياتية مؤسفة كانوا الأكثر عرضة لتكرار نوبات الربو بعد 5-7 أسابيع تالية.



الحائزة على الميداليات الأوليمبية جاكي جونير كريس كانت تعاني من الربو الناتج عن التدريبات الرياضية

معالجة الربو:

غالبا ما تتم معالجة الربو باستخدام الدواء. أولا: الأدوية سريعة المفعول التي يتم استنشاقها وتستخدم عند تكرار حدوث حالات الربو، ويمكن لهذه الأدوية أن توقف الأعراض وتحقق الراحة السريعة. ثانيا: العلاج الدوائي بمضادات الالتهاب ويتم أخذه بانتظام وثل كروملين الصوديوم الذي يقلل من الالتهابات بالممرات الهوائية.

كما يمكن للتدخل السلوكي أن يفيد في حالات البالغين والأطفال المصابين بالربو. تركز هذه التدخلات على إدارة المسببات التي تؤدي لحدوث النوبات بما في ذلك الحساسية وحبوب اللقاح والغبار والتلوث والتدخين السلبي والضغط النفسي، وهذه التدخلات التي تهدف إلى ضبط المشاعر السلبية قد تكون مفيدة.

اضطراب نقص الانتباه وزيادة النشاط ADHD

يعتبر مصطلح "ذو نشاط زائد" hyperactive، معروفاً لدى معظم الأشخاص خاصة الوالدين والمعلمين، فالطفل الذي يكون في حركة دائمة ودائم التحريك لأصابعه والنقر بها، وهزهزة رجليه ودائم النقاش مع الآخرين بدون سبب واضح، ويتكلم دون أن يطلب منه الحديث، أو يأتي دوره غالبا ما يوصف بأنه ذو نشاط مفرط، وغالبا ما يعاني هؤلاء الأطفال صعوبات في التركيز في المهمة التي يقومون بها لفترة غير قصيرة من الوقت،

وعندما تكون هذه المشاكل حادة ودائمة وتتكرر باستمرار فإن هؤلاء الأطفال قد تتوافر فـيهم معايير تشخيص اضطراب قلة الانتباه وزيادة النشاط ADHD . وإيمانا منه بخطورة اضطراب ADHD على الأطفال والأسر، فقد قام الكونجرس بتحديد يوم وطني لنشر الـوعي باضـطراب ADHD، وكان أول يوم لتطبيق هذا هو 7 سبتمبر 2004.

الأوصاف الطبية لاضطراب قلة الانتباه وزيادة النشاط ADHD، وانتشاره، والتنبؤ به

ما الذي يميز بين المعدل النموذجي من السلوكيات التي تنطوي عـلى نشـاط زائـد، وبـين الاضطراب الذي يمكن تشخيصه؟ فعندما تكـون هـذه السـلوكيات زائـدة في فـترة معينـة مـن النمو، ودائمة في كل المواقف المختلفة، ومقترنة بمظاهر خطيرة من القصور في الأداء، فقد يكون تشخيص اضطراب ADHD مناسبا، ومن المحتمل ألا ينطبق تشخيص ADHD عـلى الأطفـال الذين يتسمون بالعناد والنشاط، أو الذين يمكن إلهاؤهم بطريقة بسيطة، وذلـك يرجـع إلي أن الأطفال في السنين الأولى من المدرسة يكونون على هـذه الحـال في الغالـب Whalen, 1983 ، أما استخدام الوصف لمجرد أن الطفل يتسم بالنشاط والحيوية ويتسم بصعوبة السيطرة عليـه بدرجة أكبر مما يريد الوالـد أو المعلـم، فـإن ذلـك يعتـبر خطئـاً جسـيماً، فتشـخيص ADHD مقصور على الحالات الحادة والدائمة فقط.

يبدو أن لدى الأطفال المصابين باضطراب ADHD مشكلة خاصة في التحكم في نشـاطهم في المواقف التي تتطلب الهدوء مثل التواجد في الفصل، أو في وقـت تنـاول الوجبـات، وعنـدما يتم إصدار أوامر إليهم بالتزام الهدوء، فإنهم يظهرون غير قادرين على التوقف عن الحركـة، أو الكلام، إنهـم يتسـمون بعـدم التنظـيم، والشرود، وعـدم التخطـيط والعنـد، والتسـلط، ويبـدو سلوكهم وحركتهم عرضية اتفاقية تخضع للصدفة، فهم يخلعون أحـذيتهم وملابسـهم بسرعـة، ويحطمون ألعابهم، ويتعبون أسرهم ومدرسيهم.

يعاني العديد من الأطفال والمصابين باضطراب ADHD صعوبة بالغـة في الانـدماج لمـدة طويلـة مـع الأقـران وتكـوين صـداقات Blachman& Hinshaw, 2002, Hinshaw & Melnick, 1995 ، وربما يرجع عدم قدرة هؤلاء الأطفال على تكوين صداقات إلي أن سـلوكهم في الغالب يكون عدوانياً، ومزعجاً، متطفلا، وبالرغم من أن هؤلاء الأطفـال عـادة مـا يكونـون ودودين وثرثارين، إلا أنهم يرتكبون أخطاء اجتماعية غير مقصـودة، مثـل نظـرتهم العدوانيـة للأطفـال الآخـرين الـذين يـداعبونهم، ولسـوء الحـظ فـإن الأطفـال الـذين يعـانون اضـطراب ADHD غالبا ما يغالون في تقديرهم لأنفسهم فـيما يتعلـق بـالمواقف الاجتماعيـة السـلبية تجـاه أقـرانهم Hoza, Murray- Close, Arnold, et al., 2010 ، وتشـير إحـدى دراسـات المتابعة طويلة الأجل إلى أن الأطفال الذين يعانون اضطراب ADHD والذين تمت متابعتهم لمدة ست سـنوات يظهـر لـديهم انخفـاض المهـارات الاجتماعيـة والمغـالاة في تقيـيم الـذات والأداء فيما يتعلق بالمواقف الاجتماعية، وهـذا مـا ينبـئ عـن حـدوث مشـكلات مسـتقبلية

مع أقرانهم خلال السنوات الست التالية. كما وجد الباحثون ما أسموه المنطق الدائري vicious cycles والتي تغلب عليها الأنماط الثلاثة الآتية: انخفاض المهارات الاجتماعية، والسلوك العدائي، والإفراط في تقدير الإمكانات الاجتماعية للذات، وقد أثبتت المتابعة انخفاض هذه القدرات مما ينبئ عن مشاكل مستقبلية أفدح مع الأقران خلال المتابعة التالية Murray- Close, Hoza, . Hinshaw, et al., 2010

وفي دراسة أخرى طلب الباحثون من الأطفال إرسال رسائل نصية فورية IM إلى أطفال آخرين من خلال ما يشبه غرفة المحادثة النصية عبر الإنترنت ، Mikami, Huang-Pollack, Pfiffner, et al, 2007 كان الأطفال يتفاعلون مع أربعة من أقرانهم عبر الحاسب الآلي وكانوا جميعهم يحصلون على ذات الرسائل من الأقران المحفزين، وقام الباحثون بتشفير الرسائل وكذلك ما عبر عنه المشاركون تجاه تجربتهم عبر المحادثة النصية وذلك خلال المقابلات الشخصية التي أجريت معهم، فكان الأطفال المصابون باضطراب ADHD أكثر ميلا لاستخدام عبارات وجمل تعبر عن العدائية وتخرج عن موضوع الحديث بصورة تفوق غيرهم من الأطفال الذين لا يعانون اضطراب ADHD، وتم الربط بين ما جربه الأطفال في غرفة المحادثة ومعايير قياس صعوبات المهارات الاجتماعية، ومن خلالها اتضح أن هذه الطريقة شائعة في "التفاعل" مع الأقران حتى وإن لم تكن وجها لوجه، وأنه يمكن تطبيقها على الأطفال الذين يعانون اضطراب ADHD.

يمكن للأطفال المصابين باضطراب ADHD أن يعرفوا التصرف الصحيح من الناحية الاجتماعية في المواقف التي قد يصادفونها، غير أنهم ليسوا قادرين على ترجمة هذه المعرفة إلي سلوك مناسب في التفاعلات الاجتماعية أثناء الحياة

معايير اضطراب نقص الانتباه وزيادة النشاط بالدليل التشخيصي- الإصدار الخامس DMS-5:

- إما أ أو ب

أ- ست مرات أو أكثر من علامات عدم الانتباه خلال ستة أشهر على الأقل وتصل إلى درجة المرض، وتزيد عما هو متوقع وفق مستوى نمو الشخص مثل: الأخطاء الناتجة عن الإهمال، عدم الإنصات جيدا، عدم اتباع التعليمات، سهولة التشتت، نسيان الأنشطة اليومية.

ب- ست مرات أو أكثر من علامات الإفراط في النشاط المتهور لمدة لا تقل عن ستة أشهر وتصل إلى درجة المرض، وتزيد عما هو متوقع وفق مستوى نمو الشخص مثل: التقلقل، الركض بطريقة غير ملائمة في البالغين عدم الاستقرار بموضع التصرف وكأن هناك محركا ميكانيكيا يدفعه للحركة، مقاطعة المتكلم أو التدخل في الكلام، والكلام والحديث المتزايد.

- ظهور معظم ما سبق قبل سن الثانية عشرة.

- ظهورها في بيئتين أو أكثر مثل: البيت أو المدرسة أو العمل.

- خلل واضح في الأداء الوظيفي الاجتماعي أو الأكاديمي أو المهني.

- بالنسبة للأشخاص عند عمر 17 عاما أو أكبر فإن خمس علامات من علامات عدم الانتباه أو خمس علامات من علامات فرط النشاط التهوري تكفي للتشخيص.

الواقعية Whalen & Hanker, 1985, 1991 . غالبا ما يتم نبذ الأطفال المصابين باضطراب ADHD سريعا، ويلقون الرفض أو الإهمال من أقرانهم، فعلى سبيل المثال، في دراسة لبعض الأولاد الذين لم يتم اختيارهم مسبقاً في أحد المعسكرات الصيفية، لوحظ أن الأطفال المصابين باضطراب ADHD والذين أظهروا عدداً من السلوكيات الخارجية مثل العدوان العلني، وعدم الطاعة، كانت نظرة أقرانهم لهم سلبية منذ اليوم الأول من المعسكر، ولم تتغير هذه الانطباعات طوال فترة المعسكر التي امتدت لستة أسابيع Erhardt& Hinshaw, 1994, Hinshaw, Zupan, Simmel, et al., 1997 .

وبسبب تنوع أعراض اضطراب ADHD، فقد تضمن الدليل التشخيصي في إصداره الرابع DSM-IV-TR ثلاثة أنماط فرعية، إلا أن الدليل التشخيصي في إصداره الخامس DSM-5 أضاف ثلاثة محددات يمكن من خلالها تحديد النمط الأكثر تأثيرا من هذه الأنماط الفرعية :

1- غير منتبه بشكل سائد: الأطفال الذين تتمثل مشكلاتهم الأساسية في ضعف الانتباه.
2- تتسم بالنشاط الزائد وبالاندفاع والتهور : الأطفال الذين تنتج مشاكلهم بصورة أساسية عن السلوك المندفع المتسم بالنشاط الزائد.
3- النوع المختلط : الأطفال الذين يجمعون بين كلا النوعين من المشكلات.

يمثل النمط المختلط الغالبية العظمى من الأطفال المصابين ADHD، وهؤلاء الأطفال أكثر عرضة لأن تظهر عندهم مشكلات في السلوك، ويظهر لديهم أيضا سلوك اعتراضي، حتى تصل بهم الحال إلى وضعهم في فصول خاصة بالأطفال الذين يعانون اضطراب السلوك وتظهر لديهم صعوبات في التفاعل مع أقرانهم Faraone, Biederman, Weber, et al, 1998 . أما الأطفال الذين يعانون المشاكل إلا أنهم يظهرون مستويات معتدلة من النشاط يبدو أنهم يعانون مشكلات أكبر في الانتباه المركز أو في سرعة تقديم المعلومات Barkley, Grodzinsky& DuPaul, 1992 ، وربما يكون ذلك مصحوباً بمشكلات متعلقة الناقل العصبي الدوبامين dopamine، وقد تصيب هذه المشاكل أيضاً مناطق معينة من المخ، بما فيها القشرة الأمامية للمخ.



ستيفن هينشاو Steven Hinshaw باحث في تطوير وتحديث العلاج النفسي وخبير في الاعتلال العقلي، ويعمل على أوسع دراسة على الفتيات المصابات باضطراب قلة الانتباه وزيادة النشاط ADHD

هنـاك صـعوبات تشخيصـية للتمييـز بـين اضـطراب ADHD واضـطراب السـلوك الـذي يتضمن خرقـا بالغـا للمعـايير الاجتماعيـة، وهـذان الاضـطرابيان قـد يحـدثان في ذات الوقـت ويتشـاركان فى العديـد مـن السـمات العامـة Beauchaine, Hinshaw& Pang, 2010, Hinshaw, 1987 . إلا أن هناك بعض الاختلافـات، فاضـطراب ADHD يعتـبر مصـحوباً أكـثر بالسلوك الذي لا يرتبط بتكليف ما داخـل المدرسـة، والعيـوب الموجـودة في المعرفـة والإنجـاز، وبتنبؤ أفضل على المدى البعيد، فالأطفال المصابون باضطراب ADHD يكونون أقـل عدوانيـة سواء في المدرسة أو في أي مكان حتى وإن كان والداهم مناهضين للمجتمع، وعـادة مـا تتسـم حياتهم في المنزل بقدر أقل من العداوة الأسرية، وأقل تعرضاً لخطر الإجرام وتعاطي المخدرات في مرحلة المراهقة مقارنة بالأطفال الذين يعانون اضطراب السلوك Faraone, Biederman, Jetton, et al, 1997, Hinshaw, 1087, Jensen, Martine & Canwell, 1997 .

عندما يحدث هذان النوعان من الاضطرابات في طفل واحد، فأسوأ المظاهر الموجودة في كل نوع ستظهر على الطفل، فيظهر هؤلاء الأطفال، أكثر السلوكيات معاداة للمجتمع ويكونـون أيضـا أكثر عرضة للرفض من جانب أقرانهم، كما أنهم يمتلكون أسوأ نسبة تحصيل في التعليم الأكـاديمي، والأضعف إمكانية في التنبؤ Hinsahw& Lee, 2003 . تظهر على الفتيات اللائي يعـانين ADHD واضطراب السلوك علامات أكثر من السلوك المناهض للمجتمع وسلوكيات نفسية وجنسـية أخطـر مما تعانيه الفتيات المصـابات باضـطراب ADHD وحـده Monuteaux, Faraone, Gross, et al., 2007 .

أما الاضطرابات الداخلية، مثل القلق والاكتئاب فهي تحدث أيضا مع اضطراب ADHD، وتشير التقديرات الحديثة إلى أن هناك نسبة تقارب الثلاثين في المائة 30% من الأطفال لمصابين بـاضطراب ADHD قد يتزامن مع ذلك إصابتهم بالاضطرابات الداخلية مثل: Jansen et al., 1997, MTA Cooperative Group, 1999b . علاوة على أن مـا بـين 15 إلى 30 بالمائـة مـن الأطفال الذين يعانون اضـطراب ADHD يعـانون اضـطرابات الـتعلم Barkley, DuPaul& McMurray, 1990, Casey, Rourke & Del Dotto, 1996 ، وكثـير مـن الأطفــال الـذين يعانون اضطراب ADHD يتم إدخالهم في برامج تعليم خاصة نظرا لصعوبة تكيفهم مع بيئـة الدراسة في الفصول التقليدية Barkley, 1990 .

وعـلى الـرغم مـن أن اضـطراب ADHD واضـطراب السـلوك يرتبطـان بتنـاول المخـدرات، فقـد وجـدت إحـدى الدراسـات أن أعـراض النشـاط المفـرط في اضـطراب ADHD يمكن التنبؤ بها من خلال بعض المواد التي يـتم تناولهـا النيكـوتين، الكحـول، والعقاقير غير المشروعة عند سن الرابعة عشرة واضطراب تناول العقاقير عنـد سـن 18

عاماً حتى بعد التحكم في اضطراب السلوك، وفي ذلك يتساوى الفتيان مع الفتيات Elkins, McGue & Jacono, 2007 .

تشير الإحصائيات الخاصة بانتشار المرض أن ما يقرب من 3 إلى 7 بالمئة من الأطفال في سن المدرسة، حول العالم يعانون اضطراب ADHD في الوقت الحالي American Psychiatric Association, 2000 ، وعندما يتم استخدام نفس المعايير لاضطراب ADHD في دول عديدة مختلفة مثل الولايات المتحدة، وكينيا، والصين، وتايلاند، فإن معدلات الانتشار تكون متشابهة Anderson, 1996 . إلا أن استخدام ذات المعايير قد لا يشمل كل الاختلافات الثقافية في اضطراب ADHD بالشكل الكافي انظر أهم الاكتشافات 13-1 .

هناك دليل أوضح يشير إلي أن اضطراب ADHD ينتشر بشكل أكبر بين الفتيان أكثر من انتشاره بين الفتيات، غير أن الأرقام الدقيقة تعتمد على ما إذا كانت العينات قد تم اختيارها بناء على توصيات طبية أم تم اختيارها من الأشخاص العاديين، والأولاد أكثر عرضة للذهاب إلي العيادات النفسية وذلك يرجع إلي احتمال أكبر بإظهارهم للسلوك العدواني المناهض للمجتمع، وحتى وقت قريب لم يتم إجراء دراسات منضبطة على الفتيات المصابات باضطرابADHD ، وقد قامت مجموعتان كبيرتان من الباحثين بإجراء دراسات أكثر دقة على الفتيات المصابات باضطراب ADHD Biederman& Faraone, 2004, Hinshaw, 2002 ، وفيما يلي بعض من أهم النتائج التي توصل إليها التقييم الأولي وما تلاه من تقييم آخر بعد خمس سنوات Hinshaw, Owens, Sami, et al., 2005 أو بعد 11 عاما تالية Biederman, 2010 .

- الفتيات المصابات بالنوع المختلط وفق معايير الإصدار الرابع كن الأكثر عرضة للاعتلال المشترك مع اضطراب السلوك أو الاضطراب الاعتراضي بنسبة أكثر من الفتيات غير المصابات باضطراب ADHD، ويظل الفارق حتى بعد خمس سنوات تالية للتشخيص المبدئي.
- الفتيات المصابات بالنوع المختلط وفق معايير الإصدار الرابع كن الأكثر سلبية تجاه قريناتهن أكثر من الفتيات اللائي تم تصنيفهن تحت النمط غير المنتبه بشكل سائد في الإصدار الرابع من الدليل التشخيصي والفتيات غير المصابات باضطراب ADHD. كما أن الفتيات المصابات بالنمط غير المنتبه السائد كن أكثر ميلا للسلبية من الفتيات غير المصابات باضطراب ADHD.
- الفتيات المصابات باضطراب ADHD يكن أكثر قلقا وتوترا بصورة تفوق غيرهن والفتيات غير المصابات باضطراب ADHD، ويظل الفارق حتى بعد خمس سنوات تالية للتشخيص المبدئي.

- أظهـرت الفتيـات المصـابات باضـطراب ADHD عـدداً مـن العيـوب العصـبية النفسـية وبصـفة خاصـة في الأداء التنفيـذي علـى سـبيل المثـال، في التخطـيط، أو حـل المشـكلات مقارنــة بالفتيــات غــير المصــابات باضــطراب ADHD، بمــا يؤكــد النتــائج الأخــرى Castellanos, Marvasti, Ducharme, et al., 2010 .
- قبل فترة المراهقـة أظهـرت الفتيـات المصـابات باضـطراب ADHD أعراضـا لاضـطرابات الطعام وتنـاول العقـاقير بصـورة أكـبر مـن الفتيـات غـير المصـابات باضـطراب ADHD Mikami, Hishaw, Arnold, et al., 2010 .
- قبل فترة النضوج 22 عامـا فـإن تـاريخ الحيـاة ومعـايير اضـطرابات المـزاج واضـطرابات القلق وإساءة استخدام العقاقير كانت نسبة حدوثها لدى الفتيـات المصـابات باضـطراب ADHD أعلى مما كانت عليه لدى الفتيـات غـير المصــابات باضــطراب ADHD Biederman, Petty, Monuteaux, et al., 2010 .



العدوان أمر شائع بين الأولاد المصابين باضطراب ADHD، ويسهم في جعلهم منبوذين ومرفوضين من جانب أقرانهم.

في وقت من الأوقات كان هناك اعتقـاد سـائد بـأن اضـطراب ADHD يختفـي بمجـرد الوصـول إلي مرحلـة المراهقـة، إلا أن هـذا الاعتقـاد واجـه تحـديات هائلـة تتمثل في الدراسات الكثيرة المطولة Barkley, Fischer, Smallish, et al., 2002; Biederman, Faraone, Milberger, et al., 1996, Hinshaw et al., 2006, Lee, Lahey, Owens et al., 2008, Weiss & Hechtman, 1993 . وعلى الرغم من أن بعض الأطفـال يظهرون تناقضاً في حدة الأعـراض عنـد بلـوغهم مرحلـة المراهقة، إلا أن نسبة تتراوح من 65: 80% مـن الأطفـال المصــابين باضــطراب ADHD تظـل معـايير الاضـطراب منطبقة عليها حتى بعد بلوغ سن المراهقـة Biederman, Monuteaux, Mick, et al.,2006, Hart, Lahey, Loeber, et al., 1995, Hinshaw et al., 2006 ، ويوضح جـدول 13-2 تصـنيفا للسلوكيات التي توجد غالبا لدى المراهقين المصابين باضطراب ADHD أكثر مـن وجودهـا بـين المراهقين غير المصابين. وبرغم أن الكثير من المراهقين المصابين باضطراب ADHD قـد يحققـون نجاحا أكاديميا كبيرا، إلا أن كثيرا من الدراسات تشير إلى أن معدل هذه الإنجازات يبقـى متوسـطا لدى المراهقين الأولاد Lee et al., 2008 والمراهقات البنات Hinshaw et al., 2006 .

في مرحلة البلوغ يكون معظم المصابين باضطراب ADHD قد التحقوا بوظيفة ما، ومستقلين ماليا، إلا أن بعض الدراسات قد وجدت أن هؤلاء الأفراد يعيشون بشكل عام فى مستوى اجتماعي اقتصادي منخفض، ويقومون بتغيير وظائفهم بشكل أكبر من المعدل النموذجي . Mannuzza, KLein, Bonagura et al., 1991, Weiss & Hechman, 1993. لقد أشارت مراجعة للدراسات التي تمت فيها متابعة تقييم الإصابة باضطراب ADHD أن نحو 15 بالمئة من هؤلاء المصابين تنطبق عليهم معايير الدليل التشخيصي للبالغين عند سن 25 عاما، بل إن النسبة ترتفع حتى تبلغ 60 بالمئة بالنسبة لمن تنطبق عليهم معايير الدليل التشخيصي فيما يتعلق باستمرار الإصابة باضطراب ADHD لدى البالغين Faraone, Biederman & Mick, 2005 . إن أعراض اضطراب ADHD قد تتلاشى بمرور العمر، إلا أنها لا تختفي تماما لدى كثير من المصابين.

جدول 13-2 : السلوكيات التي توجد عند المراهقين المصابين وغير المصابين باضطراب ADHD

السلوك	النسبة المئوية للمراهقين الذين يظهرون هذا السلوك	
	المصابون باضطراب ADHD	غير المصابين باضطراب ADHD
التحدث بعيدا عن الإجابات	%65	%10.6
سهولة التشتت	%8.21	%15.2
لا يكمل مهمة قبل أن ينتقل إلي أخرى	%77.2	%16.7
لا يركز الانتباه	%79.7	%12.1
لا يتبع التعليمات	%83.7	%15.2
لا ينصت إلي الآخرين بشكل جيد	%81.5	%3
يشترك في أنشطة بدنية خطيرة	%37.4	%10.6
يتململ	%73.2	%7.6
يجد من الصعب أن يلعب بهدوء	%39.8	%3
يغادر المقعد غالبا	%60.2	%0.3
مقاطعة الآخرين أثناء الكلام	%65.9	%10.6
يفقد الأشياء المطلوبة لأداء المهام	%62.6	%12.1
كثير الكلام	%43.9	%6.1

المصدر: Barkley et al, 1990

أسباب اضطراب ADHD

العوامل الوراثية:



مايكل فيليبس Michael Pheleps الفائز بالميدالية الذهبية في السباحة في أوليمبياد عام 2008 كان يعاني في طفولته اضطراب ADHD (ted/Getty Images).

تشير الأدلة إلي أن العوامل الوراثية تلعب دورا في الإصابة باضطراب ADHD Thapar, Langley, Owen, et al, 2007 وتشير دراسات التبني على سبيل المثال: Sprich, Biederman, Crawford, et al, 2000 وعدد هائل من دراسات التوائم على سبيل المثال: levy, Hay, McStephen et la 1997, Sherman, Iacono & Sherman, Lacona, McGue 1997 McGue, 1997 إلي العنصر الوراثي في اضطراب ADHD، مع تقديرات لإمكانية الانتقال بالوراثة تتراوح نسبها من 70% إلي 80% Tannock, 1998 . أما دراسات الوراثة الجزئية والتي تسعي إلي تحديد الجينات المرتبطة باضطراب ADHD فإنها ما زالت جارية ولم يتم الانتهاء منها، وهناك بعض النتائج المبشرة تشير إلي جينات مرتبطة بالناقل العصبي الدوبامين، وبالتحديد فإن هناك اثنين من الجينات المختلفة للدوبامين قد تم ربطهما باضطراب ADHD وهما : جين الدوبامين المستقبل DRO4 Faraone, Doyle, Mick, et al, 2oo1 ، وجين الدوبامين الناقل DAT1 Krause et al, 2003, Waldman, Rowe, Abramowitz, et al. 1998 ، وتتزايد الأدلة التي تدعم ارتباط DRO4 باضطراب ADHD حتى مع وجود هذه النتائج المبشرة، فإن معظم الباحثين يتفقون على أن جينا واحدا لن يكون مسئولا عن اضطراب ADHD، وهناك دراسات عديدة مختلفة قد وجدت أن هناك علاقة بين هذا الجين واضطراب ADHD. أما النتائج المتعلقة بجين الدوبامين الناقل DATI فهي أكثر اختلاطا، فهناك دراسات قد وجدت ما يربطه باضطراب ADHD إلا أن هناك دراسات أخرى لم تجد أي رابط بينهما Thapar et al., 2007 . حتى تلك الدراسات الواعدة فإن الباحثين قد اتفقوا على أنه لا يمكن لجين منفرد أن يكون له تأثير واضح على اضطراب ADHD، علاوة على أن العديد من الجينات تتفاعل مع العوامل البيئية، وقد يمكن لهذا أن يكمل الصورة حول دور الجينات في اضطراب ADHD، وعلى سبيل المثال فإن الدراسات الحالية قد وجدت أن الجين DRO4 أو جين DAT1 يرتبطان بزيادة مخاطر الإصابة باضطراب ADHD فقط عندما تتكامل عناصر بيئية أخرى لإحداث هذا التأثير، خاصة عند تعاطي الأم للنيكوتين

أو الكحـول Brookes, Mill, Guidalini, et al 2007 . هنـاك دراسـات جينيـة بيئيـة إضـافية لاتزال تشق طريقها، وفي حال ثبات هذه النتائج فسـتتكون لـدينا صـورة أوضـح حـول الطريقـة التي تسهم بها الجينات والبيئة في اضطراب ADHD.

العوامل العصبية البيولوجية:

وجدت دراسات تشير إلي أن هيكـل المـخ ووظيفتـه يختلفـان مـا بـين الأطفـال المصـابين ADHD وغير المصابين، خاصة ما يتعلق بالمناطق التـي يتصـل فيهـا المـخ بالنـاقلات العصـبية للـدوبامين، فعـلى سـبيل المثـال، فـإن دراسـات هيكـل المـخ وجـدت أن المنـاطق الدوبامينيـة الموجودة في المخ مثل مناطق الفصوص الأماميـة، وأطـراف الـذيل أصـغر في الأطفـال المصـابين باضطراب ADHD عما هي عليه لدى الأطفال غـير المصـابين Castellano, Lee, Sharp, et al., 2002, Swanson et al., 2007 . كما أوضحت الدراسات التي أجريت على وظـائف المـخ أن الأطفال المصابين باضطراب ADHD يكون لديهم نشاط أقل في المناطق الأماميـة مـن المـخ مقارنة بغير المصابين عند قيامهم بمهام معرفية Casey& Durston, 2006, Nigg& Casey, 2005, Rubia, Overmeyer, Taylor, et al., 1999 . عـلاوة عـلى أن الأطفـال المصـابين باضطراب ADHA يكون أداؤهم ضعيفاً في الاختبارات العصبية النفسية لأداء الفـص الأمـامي مثل اضطراب الاستجابة السلوكية ، وهذا يقدم دعماً وتأكيداً إضـافيا للنظريـة التـي تقـول إن هناك خللا أساسيا في هذا الجزء مـن المـخ، قـد يكـون مرتبطـاً بالاضـطراب Barkley, 1997, Nigg, 2001, Nigg& Casey, 2005, Tannock, 1998 .

العوامل المرتبطة بالولادة والعوامل المرتبطة بما قبل الولادة:

هناك عوامل مخاطرة أخرى بالنسبة اضطراب ADHD وهـي تشـمل عـدداً مـن الحـالات والصعوبات التي تنشأ أثناء وما قبل الولادة. يعتبر الميلاد بوزن منخفض وزن المولود مـنخفض - على سبيل المثال - مؤشراً على ظهور اضطراب ADHD مثل: Bhutta, Cleves, Casey, et al., 2002, Breslau, Brown, Del Dotto, et al., 1996, Whitaker, van Rossen, Feldman, et al., 1997 . إلا أن تـأثير المـيلاد ذي الـوزن المـنخفض عـلى أعـراض اضـطراب ADHD، التـي ستظهر فيما بعـد، يمكـن التقليـل منـه عـن طريـق زيـادة دفء الأمومـة Tully, Arseneaul, Capsi, et al., 2004 . تـرتبط مشـكلات أخـرى بمـيلاد الطفـل، وكـذلك فـإن اسـتخدام الأمهـات للمخدرات مثل التبغ سنناقشه لاحقا والكحول، يعتـبر مـن المـؤشرات التـي تنبـئ عـن أعـراض اضطراب ADHD Tannock, 1998 .

التسمم البيئي:

تشـير النظريـات المبكـرة حـول اضـطراب ADHD خـلال فـترة السـبعينيات إلى دور التوكسينات البيئية/ السموم البيئيـة في ظهـور النشـاط المفـرط. هنـاك نظريـة حـول النشـاط

المفرط، حظيت باهتمام كبير في الصحافة الشعبية لعدة سنوات، حيث أشار فاينجولد Feingold 1973 إلى أن الإضافات الغذائية والملونات الصناعية تعمل على قلقلة الأنظمة العصبية المركزية عند الأطفال ذوي النشاط المفرط، وقد أوصى بنظام غذائي يخلو من هذه الإضافات. إلا أن الدراسات المتعمقة التي تم إجراؤها على النظام الغذائي المسمى "حمية فاينجولد" وجدت أن نسبة ضئيلة جداً من الأطفال المصابين باضطراب ADHD يبدون رد فعل إيجابيا أو يستجيبون بشكل إيجابي لهذا النظام الغذائي، Goyette & Conners, 1977 ، وعلى الرغم من أن هذه النتائج المبكرة لم تدعم نظرية "فاينجولد" إلا أن الباحثين قد استمروا في دراسة كيفية تأثير عناصر المواد الغذائية خاصة الإضافات على سلوك النشاط الزائد. لقد استخدمت هذه الدراسات اللاحقة بنية بحثية أكثر تعقيدا مثل المجموعات الضابطة، والدراسات مزدوجة التعمية، ولكن النتائج ظلت متوسطة، فعلى سبيل المثال، أجريت دراسة تحليلية موسعة شملت 15 دراسة، وقد وجدت هذه الدراسة أن هناك تأثيرا ضئيلا للملونات الصناعية الغذائية على سلوك النشاط الزائد بين الأطفال المصابين باضطراب ADHD Schnab & Trinh, 2004 . وبالمثل فقد وجدت دراسة حديثة أن هناك تأثيرا ضئيلا للإضافات الغذائية والألوان الصناعية الغذائية على سلوك النشاط الزائد بين الأطفال في المجتمع McCann, Barrett, Cooper, et al., 2007 . كذلك فإن هذه الأدلة المحدودة على أن الإضافات الغذائية تؤثر على سلوك النشاط المفرط. كما أن الرأي الشائع بأن المكرر المنقى يمكن أن يتسبب في ظهور اضطراب ADHD لم يدعمه أي بحث دقيق Wolraich, Wilson, White, 1995 .

كذلك فقد تمت دراسة الرصاص بوصفه مسمماً بيئياً آخر، وتشير بعض الأدلة إلى المستويات المرتفعة من الرصاص في الدم ترتبط بدرجة قليلة بأعراض النشاط المفرط ومشكلات التركيز Braun, Kehn, Froelich, et al., 2006, Thompson, Raab, Hepburn, et al., 1989 ، وكذلك فيما يتعلق بأعراض الإصابة باضطراب ADHD Nigg, Knotterus, Martel, et al., 2008, Nigg, Nikolas, Knotterus, 2010 ، كما أن معظم الأطفال ذوي المستويات العالية من الرصاص في الدم لا تظهر عليهم الإصابة باضطراب ADHD، ومعظم الأطفال المصابين باضطراب ADHD لم يظهروا مستويات مرتفعة من الرصاص في الدم. على الرغم من صعوبة متابعة الأطفال الذين يظهر لديهم انخفاض لمستوى الرصاص، فإن الباحثين قد استمروا في فحص الدور الذي يقوم به الرصاص، وكيف قد يؤثر على القدرات المعرفية الأخرى مثل: تثبيط الاستجابة أو تحويل الانتباه باتجاه آخر ، وكذلك بالنسبة لأعراض فرط النشاط في اضطراب ADHD Nigg, et al., 2008 .

بالنسبة للنيكوتين، وتدخين الأم على وجه التحديد، فهو سم بيئي قد يلعب دوراً في ظهور اضطراب ADHD وقد وجدت إحدى الدراسات أن 22% من الأمهات لأطفال مصابين باضطراب ADHD قد صرحن بأنهن يستهلكن علبة من السجائر يومياً أثناء الحمل، مقارنة ب8% من الأمهات اللائي لم يصب أطفالهن باضطراب ADHD Milberger, Biederman, Faraone, et al, 1999 ، ويظل هذا التأثير حتى بعد أحكام السيطرة على الاكتئاب الذي تعانيه الأم أو على تناولها للكحول Chabrol, Persson, Milberger, et al, 1997 ، وقد وجدت إحدى دراسات التوائم الحديثة أن تدخين الأم قد أعطى مؤشراً على أعراض اضطراب ADHD، حتى بعد السيطرة على الآثار الوراثية أو التأثيرات الوراثية وعوامل الخطورة البيئية الأخرى Thapar, Fowler, Rice, et al., 2003 . ختاما، فإن هناك مراجعة تم إجراؤها على 24 دراسة من الدراسات التي تقوم بفحص واختبار الارتباط بين تدخين الأم وبين الإصابة باضطرابADHD ، وقد وجدت هذه المراجعة أن تعرض الرحم للتبغ كان مرتبطاً بأعراض ADHD Linnet, Dalsgaard, Obel, et al., 2003 . كما تشير العديد من الدراسات الأخرى التي تم إجراؤها على حيوانات خلال فترة الثمانينات إلي أن التعرض المزمن للنيكوتين يزيد من انطلاق وتدفق الدوبامين في المخ، كما أنه يسبب النشاط المفرط مثل: Fung& Lau, 1989, Vaglenova, Birru, Pandiel, et al., 2004 . علاوة على ذلك، فإن الانسحاب من النيكوتين أو التوقف عن تعاطيه يكون مصحوباً بتناقص الدوبامين المنطلق في المخ، كما أنه يسبب حدة الطبع أو الهياج. ووفقا لهذه المعلومات، يفترض الباحثون أن تدخين الأم يمكن أن يؤثر على نظام الدوبامين في عملية نمو الجنين، مما ينتج عنه عدم كبح للسلوك، وكذلك اضطراب ADHD.

العوامل السيكولوجية في اضطراب ADHD:

للعوامل السيكولوجية أيضا أهمية في اضطراب ADHD، خاصة فيما يتعلق بالتداخل مع العوامل العصبية، فعلى سبيل المثال فإن علاقة الأبوين بالطفل تتداخل مع هذه العوامل العصبية البيولوجية بأسلوب معقد، لتسهم في ظهور أعراض اضطراب ADHD Hinshaw et al.,1997 . كما أن والدي الأطفال المصابين باضطراب ADHD قد يوجهون إليهم الأوامر بشكل أكبر كما أنهم يتفاعلون بشكل سلبي معهم Anderson, Hinshaw& Simmel., 1994, Heller, Baker, Henker, et al., 1996 ولذلك فقد وجد أن هؤلاء الأطفال أقل شكوى وأكثر سلبية في التفاعل مع والديهم Barkley, Karlsson, & Pollard, 1985, Tamadge & Barkley, 1983 . مؤكد أن عملية تربية طفل يتسم بالتهور والعداونية وعدم الطاعة وعدم القدرة على اتباع التعليمات والأوامر هي أمر صعب، وكما سنعرض بإيجاز، فقد اتضح أن الأدوية المنبهة تعمل على تقليل النشاط

المفرط وتزيد من طاعة الأطفال المصابين باضطراب ADHD، ومـن المهـم أنـه عنـد اسـتعمال هـذا الدواء المنبه، سواء كان بمفرده أو ممزوجاً مـع العـلاج السـلوكي فـإن أوامـر الوالـدين، والسـلوك السـلبي، والتربيـة غـير الفعالـة تتناقض أيضا، مما يشـير إلي أن سـلوك الطفـل لـه بعـض التـأثير السلبي على الأقل على سلوك الوالدين.



تزداد مخاطر الإصابة باضطراب ADHD لدى الأطفال المولدون لأمهات يقمن بتدخين السجائر خلال فترة الحمل.

كـذلك فمـن الأهميـة بمكـان أيضـا أن نراعـي تـاريخ الوالدين الشخصي مع اضـطراب ADHD، فكـما لحظنـا فـيما سـبق، مـن الواضـح وجـود عـنصر وراثي أسـاسي في اضـطراب ADHD. لذا فلا عجب أن يكـون العديـد مـن آبـاء الأطفـال المصـــابين باضـــطراب ADHD، مصـــابين هـــم أيضـــا بهـــذا الاضطراب، ففي إحدى الدراسات وبدراسة الأساليب التربويـة التي يمارسها الأزواج مع أطفالهم المصابين باضطراب ADHD كان الآباء الذين كانوا ينطبق علـيهم تشـخيص ADHD أقـل فاعلية مما يشير إلي أن الحالة النفسية للوالدين قد تجعل من مســؤولية التربيــة أكــثر صــعوبة Arnold, O'Leary& Edwards, 1997 . كما أن السمات الأسرية قد تسـهم بشـكل فعـال في الحفـاظ عـلى أو زيـادة أعراض ونتائج اضطراب ADHD، إلا أن الأدلة التـي تشـير إلي أن الأسر تتسـبب فعليـا في ظهـور اضطراب ADHD لا تزال قليلة Johnston& Marsh, 2001 .

علاج اضطراب ADHD:

ننتقـل الآن للحـديث عـن المعالجـة، فبصـورة تقليديـة يـتم عـلاج ADHD بالأدويـة والمعالجات السلوكية المعتمدة على التكييف الفعال.

العقاقير المحفزة:

توصف الأدوية المحفزة مثل الميثيلفينيدات methylphenidate أو الريتـالين Retalin لعـلاج اضـطراب ADHD منـذ مطلـع السـتينيات، وقـد قامـت الهيئـة الأمريكيـة للغـذاء والدواء FDA بالموافقة على أدوية أخرى لعلاج اضطراب ADHD، وهـذه الأدويـة تشـمل Adderall, concerta, Strattera، وفي عام 2006 قدرت أعـداد الأطفـال الـذين يتعـاطون العقاقير المحفزة في الولايـات المتحـدة الأمريكيـة بنحـو 2.5 مليـون طفـل المسـح الـوطني لصحة الأطفال عام 2003 ، ومـنهم مـن يمثـل نحـو 10% مـن إجـمالي الأولاد البـالغين مـن العمر عشر سنوات، وقد يستمر وصف هذه الأدوية في بعض الأحيان إلي فترة البلوغ وذلك

في ضوء نتائج الأدلة التي تشير إلي أن أعراض اضطراب ADHD لا تختفي كالمعتاد مع مرور الوقت.

تعمل الأدوية التي يتم استخدامها في علاج اضطراب ADHD على التقليل من السلوك الاعتراضي المقاطع وكذلك فإنها تعمل على تحسين القدرة على التركيز، وهناك عدد هائل من الدراسات المحكمة التي تقوم بمقارنة الأدوية المثيرة والأدوية المهدئة في اختبارات وتجارب يتم فيها حجب أي معلومات قد تؤثر على سلوك العينة blind designs - double. هذه الدراسات أظهرت وجود تحسنات على المستوى أو على المدى البعيد في التركيز، وفي النشاط الموجه نحو هدف معين، وفي السلوك داخل حجرة الدراسة، وكذلك في التفاعلات الاجتماعية مع الوالدين، والمدرسين، والأقران، كما أنها أظهرت وجود تناقض في درجة العدوانية والاندفاع في حوالي 75% من الأطفال المصابين باضطراب ADHD Spencer, Biederman, Wilens, et al., 1995, Swanson, McBurnett, Christian, et al., 1995 .

أما أفضل التجارب الطبية المحكمة العشوائية والمصممة والتي تم إجراؤها معالجة اضطراب ADHD فهي طريقة العلاج متعدد الأشكال multimodal treatment لعلاج الأطفال المصابين باضطراب ADHD، أنها دراسة MTA، وقد أجريا في ستة مواقع مختلفة لمدة 14 شهرا مع ما يقرب من 600 طفل مصاب باضطراب ADHD، وقامت الدراسة بمقارنة الرعاية القائمة على المجتمع القياسي، وثلاث طرق أخرى في المعالجة وهي: 1 العلاج الدوائي بمفرده، 2 الدواء والعلاج السلوكي المركز، والذي يضم كلا من الآباء والمدرسين، 3 العلاج السلوكي بمفرده. وعبر الفترة التي امتدت لـ 14 شهراً، كان الأطفال الذين تلقوا العلاج بالدواء بمفرده لديهم أعراض اضطراب ADHD أقل من الأطفال الذين يتلقون العلاج السلوكي المكثف وحده، أما العلاج المختلط فقد كان متفوقا بشكل واضح على العلاج بالدواء وحده، كما أنه يحتوي على ميزة إضافية وهي أنه لا يتطلب أخذ جرعة عالية من الريتالين لتقليل أعراض اضطراب ADHD. وبالإضافة إلي ذلك فإن العلاج المختلط قد أدى الى تحسن في أداء مناطق معينة مثل المهارات الاجتماعية وذلك بشكل يفوق ما حققه الدواء بمفرده، وقد تفوق كل من العلاج بالدواء بمفرده والعلاج المختلط على



يعتبر الريتالين Ritalin من أكثر العقاقير التي يتم وصفها وكذلك أكثرها فاعلية في اضطراب ADHD.

العناية التي تعتمد على المجتمع، بالرغم من أن العلاج السلوكي بمفرده لم يكن كذلك MTA Cooperative Group, 199a, 1999b .

أشارت التحليلات الأخرى التي تناولت دراسة مجموعة MTA إلي أن العلاج المختلط مصحوب كذلك بمعدل أقل من المشاكل المدرسية، وأن ذلك ربما يكون مرجعه الارتباط بتناقص في التربية السلبية وغير الفعالة Hinshaw, Owens, Wells, et al., 2000 . إضافة إلى أن الأطفال الأمريكيين البيض والسود وكذلك اللاتينيين قد استفادوا بشكل متساو من العلاج وبشكل خاص من العلاج المختلط Arnold, Elliott, Sachs, et al., 2003 .

ورغما عن النتائج المبشرة في دراسة مجموعة MTA، فإن دراسات المتابعة لم تكن مشجعة، خاصة عندما يتعلق الأمر بالعلاج الدوائي. ومن الأهمية أن نتذكر أن الأطفال يحافظون على هذه المكاسب خلال 14 شهرا من المعالجة، حتى وإن عادوا إلى تلقي العلاج المجتمعي القياسي، وهذا الأمر أثبت صحته في دراسات المتابعة التي تمت لمدة 3، 6، 8 سنوات. بينما لم يكن الأطفال الذين تلقوا معالجة دوائية فقط أو معالجة مختلطة جماعية أفضل من أولئك الذين تلقوا معالجة سلوكية مكثفة أو الرعاية المجتمعية القياسية وذلك خلال دراسة متابعة استمرت لمدة 3 سنوات Jensen, Arnold, Swanson, et al, 2007 أو التي استمرت على مدار 6 و8 سنوات Molina, Hinshaw, Swanson, et al., 2009 ، وبمعنى آخر، فإن الآثار الأساسية التي تمت ملاحظتها في مجموعات المعالجة المختلطة أو المعالجة الدوائية وحدها في العلاج المختلط لا تتخطى حدود هذه الدراسة، على الأقل بالنسبة لبعض الأطفال Swanson, Hinshaw, et al., 2007 .

ولكن .. هل يعني ذلك عدم جدوى العلاج الدوائي؟ ليس بالضرورة. فقد أوضحت دراسة مجموعة MTA، أن العلاج الدوائي الذي يتم وصفه بحرص وبدقة يكون فعالا في علاج الأطفال المصابين باضطراب ADHD. ولكن نظراً لأن العلاج الدوائي يبدو كجزء من المعالجة المجتمعية، فإنه يبدو وكأن لا فائدة منه تتخطى الأشكال الأخرى من المعالجة، وذلك وفقا لما أوضحته دراسات المتابعة للدراسة التي قامت بها مجموعة MTA وغيرها من الدراسات الأخرى Weiss& Hechman, 1993, Whalen& Henker, 1991 .

إن هذا النتائج لها أهميتها في ضوء الآثار السلبية للعلاج المحفز والتي قد تتضمن فقدان الشهية، وفقدان الوزن، وألم المعدة، ومشكلات النمو. أوصت الهيئة الأمريكية للغذاء والدواء FDA في مايو 2006 لكنها لم تأمر باستخدام تحذير "الصندوق الأسود" وهو أقوى إجراء اتخذته الهيئة الأمريكية للغذاء والدواء FDA كتحذير بشأن السلامة من مخاطر الإصابة بأمراض القلب مثل: الأزمة القلبية ويمكن لها أن تقره بشأن طرق المعالجة ويمكن الأخذ به عند المعالجة المحفزة، وفي فبراير عام 2007 ألزمت الهيئة الأمريكية للغذاء والدواء FDA مصنعي الدواء بإدراج دليل يوضح هذه المخاطر للعملاء.

المعالجة النفسية :

تتضمن إحدى الطرق الواعدة لعلاج اضطراب ADHD تدريب الوالدين وإجراء تغييرات في إدارة الفصل الدراسي Chronis, Jones& Raggi, 2006 ، وعلى الأقل فقد أظهرت هذه البرامج نجاحا على المدى القصير في تحسين السلوك الاجتماعي، والسلوك الأكاديمي على سواء، وفي هذه الطرق من المعالجة تتم مراقبة سلوك الأطفال في المنزل وفي المدرسة، ويتم تشجيعهم على التصرف بشكل مناسب، فعلى سبيل المثال يتم تشجيعهم على البقاء في مقاعدهم وعلى أداء واجباتهم، ويعتبر نظام النقاط وبطاقات التقرير اليومي DRS من العناصر التقليدية في هذه البرامج، فالأطفال يحصلون على النقاط والنجمات مكافأة على تصرفهم بطريقة معينة، لذا يمكنهم أن ينفقوا مكاسبهم على سبيل المكافآت. كما أن بطاقات التقارير اليومية DRS تتيح للوالدين الوقوف على طريقة تصرف أبنائهم في المدرسة. ينصب التركيز الرئيس لهذه البرامج الفعالة على العمل الأكاديمي، وإكمال الواجبات المنزلية، أو تعلم مهارات اجتماعية معينة أكثر من التركيز على تقليل علامات النشاط المفرط، مثل الجري حول نفسه والخبط على الأرض، وتؤكد الأدلة فاعلية برامج التدريب الفعال بالرغم من أنه من غير الواضح ما إذا كانت هذه البرامج تعمل على تحسين سلوك الأطفال بعيدا عن الآثار المترتبة على العلاج بالدواء Abikoff, Hechman, 1996, Anastopoulos, Shelton, DuPaul, et al., 1993,MTA . Cooperative Group, 1999a, 1999b

تتضمن المعالجات المدرسية للأطفال المصابين باضطراب ADHD تدريب المدرسين على فهم الحاجات الفريدة من نوعها، وعلى أن يقوموا بتطبيق الأساليب الفعالة في حجرة الدراسة Welsh, Burcham, DeMoss, et al., 1997 وتقديم دروس خاصة مع الأقران حول المهارات الأكاديمية، وكذلك دفع المدرسين لتقديم تقارير يومية إلي الوالدين عن سلوك الطفل في المدرسة، والتي يتبعها مكافأة أو عقاب في المنزل Kelly, 1990 . أظهرت الأبحاث أن بعض التصميمات



إن أنظمة ورسم النجمات، والتي تعتبر أمراً شائعاً في الفصول الدراسية هي من الوسائل المفيدة خاصة في علاج اضطراب ADHD

لحجرات الدراسة قد تساعد الأطفال المصابين باضطراب ADHD. كما أن المدرسين يقومون بتغيير شكل العرض والتقديم وكذلك المواد التي يتم استخدامها بالنسبة للواجبات والمهام، ومراعاة الواجبات مختصرة وموجزة، وتقديم التغذية الرجعية الفورية بشأن قيامهم بحل الواجبات بشكل صحيح، على أن يكون هناك أسلوب حماسي ويركز على المهام، وكذلك تقديم أوقات استراحة لممارسة بعض التمرينات البدنية، واستخدام برامج التدريب التي يتم تقييمها عن طريق الكمبيوتر، وجدولة العمل الأكاديمي أو عمل قائمة بالعمل الأكاديمي أثناء ساعات الصباح الأولى، وهذه التغييرات البيئية مصممة من أجل ملاءمة والتكيف مع القيود التي يفرضها هذا الاضطراب وليس لتغيير الاضطراب نفسه.

تشير النتائج التي أظهرتها الدراسة التي تم ذكرها منذ قليل وهي دراسة MTA إلي أن المعالجات السلوكية المركزة يمكن أن تكون مساعدة للغاية ومفيدة جداً بالنسبة للأطفال المصابين باضطراب ADHD. شارك بعض الأطفال في هذه الدراسات في برنامج علاج صيفي مكثف امتد لثمانية أسابيع وشمل عدداً من الطرق العلاجية المعتمدة، وعند نهاية البرنامج الصيفي أظهر الأطفال الذين تلقوا العلاج المختلط تحسنات ضئيلة للغاية مقارنة بالأطفال الذين تلقوا العلاج السلوكي المركز بمفرده Arnold et al., 2003, Pelham, Gangy, Griner, et al., 2000 . وتشير هذه النتيجة إلي أن المعالجة السلوكية المركزة والمكثفة قد تتساوى في فاعليتها فاعلية المعالجة بالريتالين مع العلاج السلوكي الأقل تأثيرا.

اضطراب السلوك Conduct Disorder

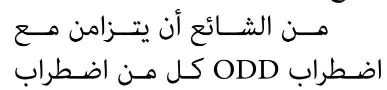
اضطراب السلوك هو اضطراب آخر من الاضطرابات الخارجية، وتركز معايير الإصدار الخامس فيما يتعلق باضطراب السلوك على السلوكيات التي تنتهك الحقوق الأساسية للآخرين، وتخرق القيم الاجتماعية، وتكاد هذه السلوكيات أن تكون غير قانونية، ولابد أن تكون أعراض اضطراب السلوك دائمة أو متكررة وحادة بشكل يجعلها تتخطى نطاق المزاح والشقاوة المعتادة لدى الأطفال واليافعين، وتتضمن هذه السلوكيات العدوان، والقسوة تجاه الأشخاص والحيوانات، وإتلاف الأملاك، والكذب والسرقة. غالبا ما يتميز هذا السلوك بالقسوة والتحجر الشعوري، والخبث والمكر، وعدم الإحساس بالندم، ويتضمن الدليل التشخيصي في إصداره الخامس محددا هو " الانفعال المحدود المؤيد للمجتمع" بالنسبة للأطفال الذين تظهر عليهم سمات مثل انعدام الشعور بالندم، والغلظة والمشاعر الضحلة، وقد وجدت دراسة مطولة حالية أن الأطفال الذين يعانون مستويات عالية من مشاكل السلوك ومستويات عالية من الجمود والنوبات غير العاطفية تكون لديهم مشكلات أكثر فيما يتعلق بالأعراض والأقران والعائلات مقارنة بالأطفال الذين يعانون

مشكلات السلوك ولكن مع مستويات ونوبات أقل من التحجر وانعدام المشاعر Fontaine, McCrory, Boivin, et al., 2011 .

ويرتبط به اضطراب آخر لكنه ليس مفهوما بشكل كامل، وهو ينتمي إلي الاضطرابات الخارجية وهو اضطراب المعارض المتحدي ODD Oppositional Defiant Disorder ، وهناك بعض الخلاف حول ما إذا كان اضطراب ODD يختلف عن اضطراب السلوك أم أنه ممهد له أو نذير به أم أنه أحد المظاهر الخفية والمبكرة له Hinshaw& Lee, 2003, Lahey, McBurnett& Loeber ,2000 ، ويتم تشخيص الطفل أنه يعاني اضطراب ODD، إذا كانت المعايير التشخيصية لاضطراب السلوك لا تنطبق عليه - وبشكل خاص، العدوانية الجسدية الشديدة أو المتطرفة - ولكنه يقوم بتصرفات تظهر وكأنه قد فقد توازنه، كأن يتجادل مع البالغين أو يرفض تلبية لمطالب البالغين، أو يقوم بأشياء تهدف إلي إزعاج الآخرين بشكل، ويكون غاضباً، أو حقوداً أو سريع الغضب.



يتم تشخيص اضطراب السلوك بين الأطفال الذين يتسمون بالعدوانية والسرقة، والكذب، وتخريب الممتلكات.



من الشائع أن يتزامن مع اضطراب ODD كل من اضطراب ADHD واضطرابات التعليم، واضطرابات التواصل Communication disorders 399 . غير أن اضطراب ODD يعتبر مختلفاً عن اضطراب ADHD في أن السلوك الجريء لا ينبع من عيوب في الانتباه أو الاندفاع الشديد، وتتجلى أحد مظاهر الاختلاف في أن الأطفال المصابين باضطراب ODD هم أكثر حيطة وحذراً في سلوكهم الجامح من الأطفال المصابين باضطراب ADHD. وبالرغم من أن اضطراب السلوك يزيد بين الفتيان بمقدار ثلاث إلي أربع مرات عن الفتيات، إلا أن الأبحاث تشير إلي أن الفتيان هم أكثر عرضة فقط للإصابة باضطراب ODD بشكل واضح، كما أن بعض الدراسات قد وجدت أنه لا يوجد اختلاف في معدلات انتشار اضطراب ODD بين الفتيات والفتيان Loeber, Burker, Lahey, et al., 2002 وبسبب حالة اضطراب ODD غير المحددة نوعاً ما، فإننا سوف نركز هنا على التشخيصات الأكثر خطورة من اضطراب السلوك.

الوصف الطبي لاضطراب السلوك وانتشاره والتنبؤ به:

ربما يكون اضطراب السلوك هو أكثر اضطرابات الطفولة الذي يتحدد من خلال تأثير سلوك الطفل على الأشخاص وعلى البيئة المحيطة، وعادة ما تقوم المدارس والوالدان والأقران ونظام العدالة الجنائية بتحديد السلوكيات الخارجية التي تشكل سلوكا غير مقبول.

ويظهر العديد من الأطفال المصابين باضطراب السلوك مشكلات أخرى كذلك حيث إن إساءة استخدام العقاقير تحدث بالتزامن مع اضطراب السلوك. وقد وجدت دراسة شباب بيتسورج Pittsburgh Youth Study وهي البحث المطول في اضطراب السلوك عند الفتيان ، وجدت أن هناك ارتباطاً قويا بين إساءة استخدام العقاقير المخدرة، وبين التصرفات الطائشة van Kammen, Loeber& Stouthamer- Loeber, 1991 . فمثلاً من بين الفتيان في المرحلة السابعة الذين قالوا إنهم يتعاطون الماريجوانا، فإن هناك أكثر من 30% هاجموا شخصاً ما بالسلاح، وهناك 43% أقروا بأنهم يقومون بعمليات سطو مسلح، وأن أقل من 5% من الأطفال الذين أوضحوا أنهم لا يتعاطون المخدرات قاموا بهذه الأفعال. تقول بعض الأبحاث إن اضطراب السلوك يترافق مع تعاطي المخدرات Nock, Kazdin, Hiripi, et al., 2006 ولكن نتائج أخرى تشير إلى تبعية اضطراب السلوك لتعاطي المخدرات وأن كلا منهما أو كلا من الحالتين تزيد من حدة الأخرى Loeber et al.,2000 ، وبالإضافة إلي ذلك، فإن هناك بعض الأدلة تشير إلي أن اضطراب السلوك المتزامن، وتعاطي المخدرات ينذران بالمزيد من العواقب الوخيمة بالنسبة للفتيان ، أكثر من الفتيات Whitmore, Mikulich, Thompson, et al.,1997 .

المعايير إضطراب السلوك الدليل التشخيصي- الإصدار الخامس DMS-5:

- النموذج المتكرر والدائم من السلوك الذي ينتهك الحقوق الأساسية للآخرين، أو يخرق المعايير والقواعد الاجتماعية، ويظهر من خلال وجود ثلاثة أو أكثر من العوامل التالية في أهر 12 شهر أو على الأقل أحد هذه العوامل في أخر ستة أشهر وهي :

أ - العدوان تجاه الأشخاص والحيوانات مثل التنمر، إثارة المعارك البدنية أو القسوة البدنية مع الناس، والحيوانات، أو إجبار شخص ما على الانخراط في نشاط جنسي.

ب- تدمير الملكية، على سبيل المثال، إشعال الحرائق، أو التخريب.

ج- الخداع والسرقة، مثل اقتحام بيوت الآخرين أو سياراتهم أو الغش، أو سرقة المتاجر.

د- الخرق الفاضح للقواعد، مثل البقاء خارج المنزل طوال الليل قبل سن الثالثة عشرة في تحد واضح لقواعد الأبوين أو التغيب بدون إذن قبل سن الثالثة عشرة.

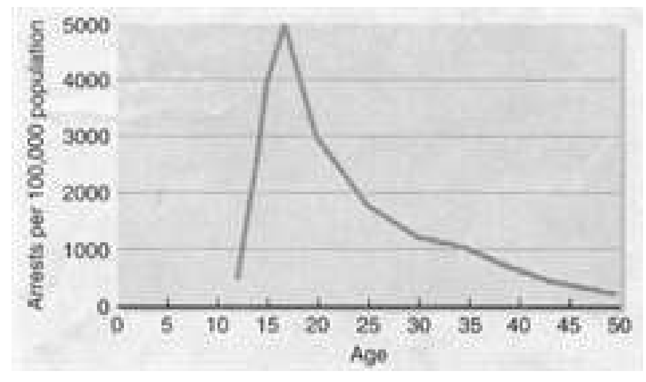
- الفساد الخطير في الأداء الاجتماعي أو الأكاديمي أو الوظيفي.

يشيع كل من القلق والاكتئاب بين الأطفال المصابين باضطراب السلوك، مع تقديرات للتزامن تتراوح من 15: 45% Loeber& Keenan, 1994, Loeber et al., 2000 . تشير الأدلة إلى أن اضطراب السلوك يتزامن مع الاكتئاب ومعظم اضطرابات

القلق Nock et al., 2006 ، وقد تكـون الفتيـات المصـابات باضـطراب السـلوك أكـثر عرضـة لخطر ظهور الاضطرابات المتزامنة بما في ذلك القلق، والاكتئاب، وتعاطي المخـدرات واضـطراب ADHD وذلك بشكل يفوق عدد الفتيان المصابين باضطراب السـلوك Loeber & Keenan, 1994 .

تشير التقديرات الحاليـة إلي أن اضـطراب السـلوك يعتـبر شـائعا بشـكل واضـح وبمعـدلات انتشار بمعدل 9.5 بالمئة Nock et al.,2006 ، وهناك مراجعة على دراسات الأوبئة تشـير إلي أن معـدلات الانتشـار تـتراوح مـن 4: 16% عنـد الفتيـان ، و1.2: 9% عنـد الفتيـات Koeber et al.,2000 وكما هو موضح في شكل 13-3 فإن كلا من حدوث وانتشار انتهاك القـانون يتضـاءل بشدة عند سن السابعة عشرة ويهبط بشكل شديد الانحدار عند المرحلـة الصـغرى مـن البلـوغ. وليس كل الأفعال الإجرامية التي تم تمثيلها في شكل 14-1 تتسم بالفساد الأخلاقي والقسوة التي تعتبر في الغالب جزءاً من اضطراب السلوك، غير أن هذا الجدول يوضح مشكلة السلوك المعـادي للمجتمع عند الأطفال والمراهقين.

افترض موفييت Moffitt 1993 أنه يجب التفريـق بـين سـلوكين مـن مشـاكل السـلوك، فبعض الأفراد يبدو أنهم يظهرون نموذجاً من السلوك المناهض للمجتمع، هذا النمـوذج يتسـم بأنه دائم طوال مسار الحيـاة، فهـم يبـدأون في إظهـار مشـاكل السـلوك عنـد سـن 3 سـنوات ويسـتمرون في ارتكـاب المخالفـات والانتهاكـات الخطـيرة في مرحلـة البلـوغ، وهنـاك آخـرون "مقيدون بمرحلـة المراهقـة" تكون لهم طفولـة نموذجيـة إلا أنهـــم يشـــتركون في مستويات عالية من السلوك المناهض للمجتمع أثناء فترة المراهقـة، ويعيشـون نمـط حيـاة مسـالماً، وقـد افـترض موفييت أن الشـكل المـرتبط بالمراهقة فقط مـن السـلوك المعــادي للمجتمــع يعتــبر النتيجة المترتبـة عـلى فجـوة النضج بين النضج الجسدي في مرحلة المراهقة وقدرته على تحمل مسئوليات البلوغ، والحصول على المكافآت التي تتلاءم مع هذا السلوك Nock, et al., 1993 . يتزايد ظهور الـنمط المـزمن



شكل 13-3 معدلات القبض على أشخاص في جرائم قتل، أو اغتصاب بالقوة أو سطو مسلح أو اعتداء مسلح، وسرقة سيارات (Blumstein, A., Cohen, J.& Farrington, D.P. Criminology 26, 11)

على مدار الحياة من اضطراب السلوك لدى الفتيان 10.5% أكثر من الفتيات 7.5% . كما أن النمط المحدود بفترة البلوغ يشيع عند الفتيان 19.5% أكثر مما لدى الفتيات 17.4% Odgers, Moffitt, Broadbent, et al., 2008 .

تدعم النتائج الإجمالية هذا التوجه Moffitt, 2007 ، فمن خلال العينة التي كونها موفييت وزملاؤه لتحديد الأعراض المستمرة المزمنة والأعراض التي تقتصر على فترة البلوغ، وقد شملت هذه العينة نحو 1000 شخص من منطقة "دويدن" في نيوزلندا، والذين تمت متابعتهم كل 2-3 أعوام من عمر 3-32 سنة. أظهر الفتيان والبنات المصابون باضطراب السلوك المزمن ظهرت عليهم أعراض اضطراب السلوك المناهض للمجتمع والذي يستمر خلال مرحلتي البلوغ والمراهقة. كذلك فإنهم يعانون مشكلات أخرى عديدة مثل: الإخفاق الأكاديمي، الخلل النفسي العصبي، والاعتلال المشترك مع اضطراب ADHD Moffitt& Caspi, 2001 . كما أن هناك أدلة أخرى تدعم الرأي القائل بأن الأطفال الذين يعانون النمط المزمن المستمر يكونون أكثر عرضة للإصابة الحادة بالاضطرابات العصبية النفسية وكذلك الأمراض النفسية الأسرية، وأن هذه النتائج قد تكررت عبر الثقافات Hinshaw& Lee, 2003 .

إن من صنفوا على أنهم يعانون النوع الذي يستمر مدى الحياة، يستمرون في المعاناة من المشكلات الأكثر حدة، بما فيها المرض النفسي، والمستويات المنخفضة من التعليم واستغلال الرفيق والطفل، والسلوك العنيف عند عمر 32 عاما، وهذا ينطبق على الرجال والنساء على سواء Odgers, et al., 2008 . الأمر الشيق هو أن أولئك الذين تم تصنيفهم على أنهم يعانون النوع القاصر على مرحلة المراهقة والذين كان من المتوقع أن يكبروا بعيداً عن سلوكهم العدواني والمناهض للمجتمع، ويتخلصون منه، لم يفعلوا ذلك بوضوح فالمشاركون الآن هم في منتصف العشرينات Moffitt, Caspi, Harrington, et al., 2002 . أشار موفييت وزملاؤه أن مصطلح مجموعة الأعراض المرتبطة بالمراهقة هو التعبير الأوفق لوصف هذه المجموعة، إذ إن هذه



يستمر الأطفال الذين يعانون النمط المستمر المزمن من اضطراب السلوك في الوقوع في مشاكل مع القانون خلال منتصف العشرينات من أعمارهم.

المشكلات لا تقتصر على فترة المراهقة وحدها بشكل رئيس Odger, Caspi, Broadbent, et al., 2007 ، وقبل بلوغ عمر 32 عاما، لم تظهر على النساء اللاتي عانين مجموعة الأعراض المرتبطة بالمراهقة من أي مشكلات مع السلوك العنيف، بينما بقي الرجال على حالهم. إلا أن كلا من الرجال والنساء استمرت مشاكلهم مع تعاطي العقاقير ومشكلات اقتصادية وكذلك مشكلات صحية جسدية Odger, et al., 2008 .

ويعتبر التنبؤ بحالة الأطفال الذين تم تشخيصهم على أنهم يعانون اضطراب السلوك متنوعاً، فالنتائج التي تناولت الرجال والنساء الذين يعانون النمط المزمن طوال الحياة من اضطراب السلوك قد تستمر بهم الحال للوقوع في كل المشكلات التي تشهدها مرحلة البلوغ بما في ذلك العنف والسلوك المعادي للمجتمع، بالرغم من أنه يعتبر بالتأكيد عاملا مهيئاً له. فعلى سبيل المثال، أشارت إحدى الدراسات المطولة إلي أنه بالرغم من أن حوالي نصف الفتيان المصابين باضطراب السلوك لم تتوافر فيهم بالكامل المعايير التشخيصية في التقييمات التي تم إجراؤها فيما بعد بعد مرور عام إلي 4 أعوام ، إلا أنهم جميعا على وجه التقريب استمروا في المعاناة من بعض المشكلات في السلوك Lahey, Loeber, Burker, et al., 1995 .

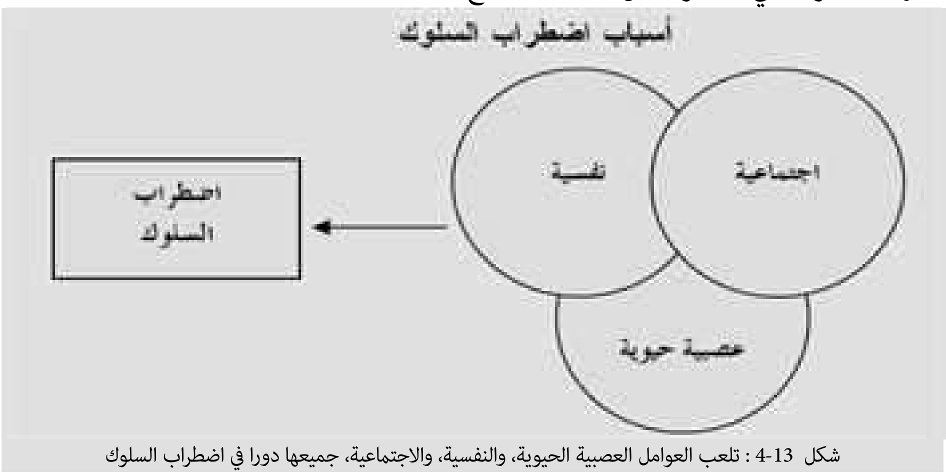
أسباب اضطراب السلوك:

بات من الواضح أن هناك العديد من العوامل التي تتسبب في حدوث اضطراب السلوك تتضمن عوامل عصبية بيولوجية، وعوامل سلوكية معرفية، وعوامل اجتماعية تتفاعل بشكل معقد شكل 13-4 ، وهناك مراجعة خلصت إلي أن الأدلة تميل إلي الأسباب التي تشمل الصفات المزاجية التي يمكن أن تنتقل بالوراثة والتي تتفاعل مع المشاكل العصبية البيولوجية الأخرى على سبيل المثال العيوب العصبية النفسية وكذلك فإنها تتفاعل مع كل العوامل البيئية الأخرى على سبيل المثال، التربية الوالدية، والأداء المدرسي، أو تأثيرات الأقران Hinshaw& Lee, 2003 .

العوامل الوراثية:

تعتبر الأدلة على وجود تأثيرات وراثية على اضطراب السلوك أدلة مختلفة ومتنوعة، بالرغم من أن القابلية للانتقال بالوراثة من المرجح أنها تلعب دورا، فعلى سبيل المثال هناك دراسة تم إجراؤها على ما يزيد على 3000 زوج من التوائم، أشارت إلي أن هناك دورا متواضعا فقط تلعبه العوامل الوراثية في التأثير على السلوك المعادي للمجتمع في الطفولة، فقد كانت التأثيرات الأسرية والبيئية أكثر خطورة Lyons, True, Eisen, et al., 1995 ، وعلى أي حال، فإن هناك دراسة تم إجراؤها على ما يزيد عن 2.600 زوج من التوائم في استراليا أظهرت أن هناك تأثيرا وراثياً كبيراً وأساسياً بالنسبة لأعراض

الطفولـة في اضـطراب السـلوك Slutske, Heath, Dinwiddie, et al., 1997 ، ولا يوجـد تقريباً أي تأثير بيئي أسري، ويشير أصحاب الدراسة الأخيرة إلي أن هناك اختلافـات في العينـات وأنها قد تكون هي المسئولة عن اختلاف النتائج.



شكل 13-4 : تلعب العوامل العصبية الحيوية، والنفسية، والاجتماعية، جميعها دورا في اضطراب السلوك

هناك ثلاث دراسات موسعة أجريت في السويد والدنمارك والولايـات المتحـدة الأمريكيـة، إلا أن اثنتـين منهـا ركزتـا عـلى قابليـة توريـث السـلوك الإجرامـي ولـيس اضـطراب السـلوك Simonoff, 2001 ، وكما هى الحال مـع معظـم الصـفات فـإن هـذه الدراسـات تشـير إلي أن السلوك الإجرامي والسلوك العدواني ينشأ نتيجة عوامل بيئية، وعوامل وراثيـة مـما يعتـبر أمـراً مهماً، وبالرغم من اختلاف معدلات الانتشار بين الفتيان عنها بين الفتيـات، فـإن الـدليل الـذي يؤيد وجود عوامل وراثية وعوامل بيئية تسهم في ظهور اضطراب السـلوك والسـلوك المنـاهض للمجتمع، ولا يفرق بين الفتيان وبين الفتيات، وتشير الدراسات التحليلية في التوائم إلى أن نحو 40-50 بالمئة من السلوك المناهض للمجتمع يكون وراثيا Rhee&Waldman, 2002 .

ربما يسهم التمييز بين أنواع المشاكل السلوكية في توضيح النتائج حول إمكانية انتقال اضـطراب السلوك بالوراثة، تشير أدلة مأخوذة من دراسات التوائم إلي أن السلوك العدواني مثل: القسوة تجـاه الحيوانات، والشجار، وتدمير الممتلكات يمكن أن يتنقل بالوراثة، في حين أن سلوكيات طائشـة أخـرى مثـل السرقـة، والهـروب، والتغيـب بـدون إذن Edelbrock, Rende, Plomin, et al., 1995, Rhee&Waldman, 2002 وربما لا،وهناك أدلة أخرى تشير إلي أن الوقت الـذي تبـدأ فيـه المشـاكل السلوكية العدوانية ومشاكل السلوك المعادي للمجتمع، يرتبط بإمكانية الانتقال عـن طريـق الوراثـة، فمثلا تعتبر السلوكيات العدوانية والمناهضة للمجتمع - والتي تبدأ في مرحلة الطفولـة، كـما في حالـة

النمط الذي يمتد على طول الحياة الذي أشار إليه موفييت - أكثر قابلية للانتقال عن طريق الوراثة من السلوكيات المشابهة التي تبدأ في مرحلة المراهقة Taylor, Iacono & McGue, 2000 .

وهناك دراسة متميزة تناولت التفاعل بين العوامل البيئية والعوامل الوراثية في التنبؤ بالسلوك المعادي للمجتمع المتأخر عند البالغين Caspi, McClay, Moffitt, et al, 2002 ، وفحصت الجين الوراثي MAOA الذي يقع في الكروموزوم X ويفرز إنزيم MAO والذي يعمل بدوره على تمثيل أو تحويل وامتصاص metabolize عدد من الناقلات العصبية، بما فيها الدوبامين dopamine والسيروتونين Serotonin، والنوريبنفرين norepinephrine ويختلف هذا الجين في نشاطه، عند بعض الأشخاص الذين لديهم نشاط عال لـ MAOA عنه عند الآخرين الذين ينخفض لديهم نشاط الجين MAOA. وقد قام الباحثون عن طريق استخدام عينة كبيرة تزيد على 1000 طفل من منطقة Dunedin بنيوزيلاندا وهي ذات العينة التي كانت الأساس الذي بني عليه موفييت توصيفه لاضطراب السلوك إلي اضطراب قاصر على فترة المراهقة، نوع ممتد مدى الحياة فقد قام الباحثون بقياس نشاط جين MAOA وقيموا المدى الذي وصل إليه الأطفال في تعاملهم بشكل خشن، فكون الطفل قد عومل بخشونة أو كانت معاملته في الطفولة تتسم بالخشونة فإن ذلك لا يعد كافياً للتنبؤ باضطراب السلوك فيما بعد، وكذلك فإن انخفاض نشاط جين MAOA لا يعد كافيا، بل إن أولئك الأطفال الذين كانت معاملتهم خشنة، وينخفض لديهم مستوى نشاط جين MAOA هم الأكثر عرضة لظهور اضطراب السلوك أكثر من الأطفال الذين كانت معاملتهم تتسم بالخشونة، إلا أن مستوى نشاط جين MAOA يعتبر مرتفعاً لديهم، وأكثر عرضة لذلك أيضا من الأطفال الذين لم تتسم معاملتهم بالخشونة لكن نشاط جين MAOA لديهم كان منخفضاً. ولهذا، فإن كلا من البيئة والجينات له أهمية كبيرة في الموضوع، كما وجدت دراسة تم إجراؤها على ما يزيد على ألفي توأم توصلت إلي نفس الشيء وهو أن المعاملة بخشونة كانت مرتبطة بالسلوك المعادي للمجتمع فيما بعد وذلك فقط عبر الجينات Taylor& Kim-Cohen, 2007 .

العوامل العصبية النفسية والجهاز العصبي الذاتي:

أدرجت العيوب العصبية النفسية ضمن ملامح فترة الطفولة لدى الطفل المصاب باضطراب السلوك Lynam& Henery, 2001, Moffit, Lyman & Silvia, 1994 . تتضمن هذه العيوب: ضعف المهارات اللفظية، والصعوبة في الأداء التنفيذي القدرة على التوقع والحدس، ووضع الخطط، والسيطرة الذاتية، وحل المشكلات ومشكلات الذاكرة. بالإضافة إلي ذلك، فإن الأطفال الذين يبدون اضطرابا في السلوك في مرحلة مبكرة مثل: النمط الممتد على مدار الحياة يكون لديهم سجل QI لانحراف معياري واحد أقل من

نظرائهم في السن غير المصابين باضطراب السلوك، وحاصل الذكاء هذا QI لا تتم نسبته بشكل واضح إلي الحالة الاجتماعية الاقتصادية، والعرق، أو الفشل المدرسي Lynam, Moffit, Stouthamer-Leober, 1993, Moffit, Silvia, 1988 .

تشير دراسات أخرى إلى أن اختلالات الجهاز العصبي الذاتي ترتبط بالسلوك المناهض للمجتمع لدى المراهقين. خاصة ما يتعلق بملامسة البشر ومعدل نبضات القلب والتي وجدت لدى المراهقين المصابين باضطراب السلوك، وهذا يشير إلى انخفاض مستويات الإثارة لديهم عما هي عليه لدى المراهقين غير المصابين باضطراب السلوك Ortiz& Raine, 2004, Raine, Venebales & Williams, 1990 ، فما أهمية هذه الاستثارة؟ كما هى الحال في النتائج التي ذكرناها حول نوبات السلوك المناهض للمجتمع الفصل 15 ، فإن هذه الدراسات تشير إلى أن المراهقين الذين يظهرون سلوكا مناهضا للمجتمع ربما لا يخشون العقاب كالمراهقين الذين لا يظهرون مثل هذا السلوك. ربما يميل هؤلاء المراهقون إلى التصرف بصورة مناهضة للمجتمع دون الخوف من الإمساك بهم. إن ما يمنع كثير من الأطفال من خرق القانون هو خشيتهم من الإمساك بهم.

العوامل النفسية:

يعد نمو الوعي الأخلاقي لدى الطفل من أكثر الأجزاء أهمية في النمو النموذجي للطفل، فهو يتضمن اكتساب الإحساس بالصواب والخطأ، والقدرة أو حتى الرغبة في الالتزام بالقواعد والأعراف. إن معظم الأشخاص يتجنبون إيذاء الآخرين ليس فقط لأن ذلك عمل غير شرعي، وإنما لأنه سيجعلهم يشعرون بالذنب، ويبدو أن الأطفال المصابين باضطراب السلوك يعانون نقصا في هذا الوعي الأخلاقي، ولا يشعرون بالندم جراء ما اقترفوه Cimbora& Mclntosh, 2003 .

توفر النظريات السلوكية التي تعتمد على الاقتداء والتكيف الفعال تفسيرات مفيدة لظهور وتقوية المشكلات السلوكية، فعلى سبيل المثال، فإن الأطفال الذين تعرضوا لإساءة المعاملة الجسدية من جانب آبائهم يكونون أكثر ميلا لأن يصبحوا عدوانيين عندما يكبرون Coie& Dodge, 1998 . كما أن الأطفال يمكنهم أيضا أن يقلدوا الأفعال العدوانية التي يرونها فيما حولهم، مثل تلك التي يشاهدونها في التليفزيون Huesmann & Miller, 1994 ، ونظراً لأن العدوان غالبا ما يكون فعالاً ومؤثراً، وإن كان غير سار، ويعتبر وسيلة لتحقيق هدف ما، من ثم فإنه قد يتم تدعيمه وتقويته، وهكذا يمكن حماية وتقوية السلوك العدواني. وهذا التنكر الاجتماعي قد يقدم لنا على الأقل تفسيراً ولو جزئياً للاندفاع في سلوكيات طائشة من جانب المراهقين، الذين لم يظهروا أية مشاكل سلوكية من قبل، وربما يقلد هؤلاء المراهقون سلوك أقرانهم الذين يتسمون بالمعاداة الدائمة للمجتمع، والذين يبدو أنهم يتمتعون بحالة مرتفعة من الممتلكات والفرص الجنسية Moffitt, 1993 .

علاوة على ذلك، فإن مواصفات تربية الوالدين مثل حدة الطبع والنظام غير المرتب وعدم المراقبة، هذه المواصفات ترتبط ارتباطاً وثيقاً بالسلوك المعادي للمجتمع عند الأطفال، أما الأطفال الذين لم يتعرضوا لنتائج سلبية لإساءة السلوك، فقد تظهر لديهم لاحقا مشاكل أشد خطورة.

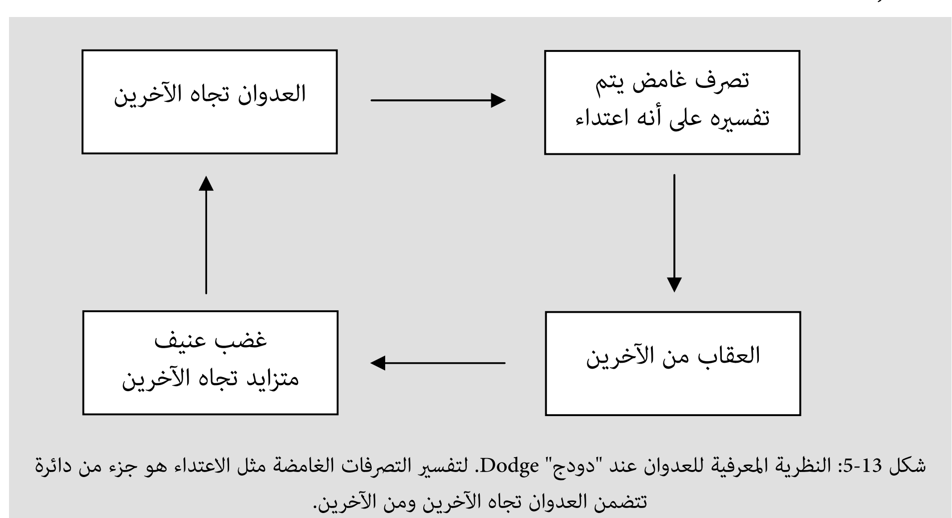
هناك وجهة نظر اجتماعية - معرفية حول السلوك العدواني وكذلك اضطراب السلوك نبعت من أبحاث قدمها كينيث دودج Kenneth Dodge وزملاؤه، وقد وضع دودج Dodge نظرية تقييم المعلومات الاجتماعية في سلوك الطفل، والتي تركز على كيف يتلقى الأطفال المعلومات عن عالمهم، وكيف تؤثر هذه المعارف بشكل واضح على سلوكهم Crick& Dodge, 1994 . في واحدة من أوائل الدراسات التي قام بها Dodge& Frame, 1982 توصل دودج إلى أن هناك انحرافا خاصا ومن نوع معين في العمليات المعرفية لدى الأطفال العدوانيين، فهؤلاء الأطفال قد فسروا الأفعال الغامضة، مثل الانحراف في الخط، على أنه دليل على نية عدائية، وقد تؤدي هذه التصورات بهؤلاء الأطفال إلي الثأر بشكل عدواني من الأفعال التي قد لا يكون القصد من ورائها استفزازيا، وهذا يخلق حلقة مفرغة، فعندما يتذكر أقرانهم هذه السلوكيات العدوانية، قد يجنحون إلي التصرف بعدوانية أكبر تجاههم وإلي إضافة المزيد من مشاعر الغضب إلي الأطفال الذين هم عدوانيون أصلا انظر شكل 13-5 . كما أن الخلل في معالجة المعلومات الاجتماعية ينبئ عن السلوك لمناهضة المجتمع عند المراهقين Crozier, Dodge, Griffith, et al, 2008 ، وحديثا ربط دودج وزملاؤه بين الخلل في معالجة المعلومات الاجتماعية ومعدل ضربات القلب عند المراهقين الذين يظهرون سلوكا مناهضا للمجتمع. خاصة ما يتعلق بأن انخفاض معدل ضربات القلب يشير إلى الإصابة بالسلوك المناهض عند المراهقين الذكور غير المصابين بخلل في معالجة المعلومات الاجتماعية، وهذه النتائج تتفق مع ما استعرضناه سابقا حول انخفاض الاستثارة ومشكلات السلوك. إلا أن الربط بين ارتفاع معدل ضربات القلب والسلوك المناهض يعتمد على خلل معالجة المعلومات الاجتماعية لدى المراهقين الذكور والإناث على سواء Crozier et al. 2008 .

تأثيرات القرين:

تركزت الدراسات التي تم إجراؤها حول كيفية تأثير الأقران على السلوك العدواني والمعادي للمجتمع عند الأطفال على منطقتين شاملتين وهما: 1 قبول الأقران أو رفضهم، 2 الاندماج مع الأقران المنحرفين، وقد أوضحت الدراسات أن الرفض من جانب الأقران يعتبر مرتبطاً بعلاقة سببية بالسلوك العدواني، وبصفة خاصة إذا كان ذلك مشتركاً مع اضطراب ADHA Hinshaw & Melnick, 1995 . إلا أن دراسات أخرى أوضحت أن الرفض من جانب الأقران يمكنه أن ينبئ عن السلوك العدواني فيما بعد حتى

بعد السيطرة على المستويات السابقة من السلوك العدواني Coie & Dodge, 1998 ، كما أن الانضمام إلي الأقران المنحرفين يعمل أيضاً على زيادة احتمال السلوك الطائش Capaldi & Patterson, 1994 .

هل يختار الأطفال المصابون باضطراب السلوك الانضمام إلي أقران لهم نفس العقلية واستمرار سلوكهم المناهض للمجتمع مثل: وجهة النظر في الانتقاء الاجتماعي ، أم أنهم إذا كانوا مجاورين أو محيطين لأقران منحرفين فإن ذلك قد يعمل على إثارة السلوك المعادي للمجتمع مثل: وجهة النظر حول التأثير الاجتماعي ؟. ألقت الضوء على هذا التساؤل دراسات حالية تدرس التداخل البيئي الوراثي، ويبدو أن الإجابة هي أن كلتا وجهتي النظر صحيحتان، وكما سبق وأوضحنا، فإننا نعرف أن الجينات تقوم بدور في اضطراب السلوك، وأن هذه العوامل تقوم بدورها بتشجيع الطفل الذي يعاني اضطراب السلوك على اختيار أقران أقوى منه ليرتبط بهم. كذلك فالتأثير البيئي، خاصة ما يتعلق بالجيرة مثل انتشار الفقر في الجيرة والأسرة مثل المتابعة الوالدية ، هو عوامل تلعب دورا في تحديد الارتباط بالقرين المشابه، وهذا بالتالي يؤثر على الإصابة باضطراب السلوك Kendler, Jacobson, Myers, et al., 2008 .



شكل 13-5: النظرية المعرفية للعدوان عند "دودج" Dodge. لتفسير التصرفات الغامضة مثل الاعتداء هو جزء من دائرة تتضمن العدوان تجاه الآخرين ومن الآخرين.

العوامل الاجتماعية الثقافية:

الفقر والحياة في المدينة مرتبطان بالمستويات المرتفعة من الأعمال الإجرامية أو الجنح التي يرتكبها بالشباب حيث إن البطالة وسوء المرافق التعليمية، والحياة الأسرية المتوترة، والثقافة الفرعية التي تعتبر الإجرام أمرا مقبولا، كل هذه العناصر تعتبر من

العوامل المساهمة Lahey, Miller, Gordon, et al., 1999, Loeber, Farrington, 1998 .
إن المزج بين السلوك المبكر المناهض للمجتمع عند الطفل وبين المساوئ الاجتماعية الاقتصادية في الأسرة يعطى مؤشرا على عمليات مبكرة للقبض بسبب أعمال إجرامية Patterson, Crosby & Vuchinich, 1992 .

تشير إحدى الدراسات التي تم إجراؤها على الشباب الأمريكان السود والبيض، والتي تم أخذها من مركز بيتس بورج لدراسة الشباب، إلي أن البشاعة الموجودة في الأفعال الإجرامية بين الأمريكان السود يبدو أنها مرتبطة بحياتهم فى محيط من الجيران يتسم بالبؤس وليست مرتبطة بانتمائهم العرقي Peeples & Loeber, 1994 ، وقد أوضح الباحثون أن محيط الجيران يمكن أن يكون من "الطبقة الدنيا" أو "ليس من الطبقة الدنيا" وذلك يعتمد على عوامل عديدة منها الفقر الأسري، عدد الأسر التي ليس لها عائل، وعدم توظيف الذكور أو عدم التحاقهم بوظائف وحوادث الميلاد غير الشرعي أي التي لا تنتج عن علاقة زواج، وفي العينة الإجمالية، - من خلال تجاهل الحالة الاجتماعية الاقتصادية - كان الأمريكان السود أكثر عرضة من الشباب الأمريكان البيض لارتكاب جنح إجرامية خطيرة مثل سرقة السيارات، واقتحام المباني والسطو عليها، والاعتداء المسلح ، غير أن الشباب الأمريكان السود الذين لا يعيشون في محيط من الجيران ينتمي إلى الطبقة السفلى لم يختلفوا عن الأمريكان البيض في السلوك الإجرامي الخطير، كما أن العوامل الاجتماعية تلعب دورا مهماً، إذ إن أقوى شيئين مرتبطين ارتباطا وثيقاً بالإجرام بخلاف محيط الجيران هما النشاط المفرط، وعدم الإشراف من جانب الوالدين ومتى تم التحكم في هذين العاملين، فإن الإقامة في محيط من الجيران ينتمي إلي الطبقة السفلى كان مرتبطا بدرجة كبيرة وخطيرة بالسلوك الإجرامي، في حين أن الانتماء العرقي لم يكن له علاقة بهذا السلوك الإجرامي.

علاج اضطراب السلوك :

يكون علاج اضطراب السلوك أكثر فاعلية عندما يتناول الأنظمة المتعددة في حياة الطفل مثل الأسرة، والأقران، والمدرسة، ومحيط الجيران .

التدخلات العلاجية الأسرية:

بعض من أكثر الطرق المبشرة بالنجاح في علاج اضطراب السلوك عند الطفل هي التي تتضمن التدخل مع والدي وأسرة الطفل، علاوة على ذلك فإن الأدلة تشير إلى أن التدخل المبكر حتى وإن كان ضئيلا قد يكون له أثر، وفي دراسة عشوائية بمجموعة ضابطة Shaw, Dishon, Supplee, et al., 2006 ، حيث تمت مقارنة العائلات من خلال ما يسمى قائمة فحص العائلة FCUP وكان التقييم ما بين: تمت المعالجة حتى لم تتم المعالجة، وتتضمن قائمة فحص الأسرة ثلاث جلسات بغرض معرفة وتقييم وتقديم الرأي

للوالدين بشأن ما يتعلق بأطفالهم والممارسات الأبوية، وفي هذه الدراسة عرضت قائمة الفحص الأسري على الأسر التي كان أطفالها معرضين لمستويات عالية من الاضطراب السلوكي وفقا لمشكلات لدى الوالدين تتعلق بالسلوك أو تعاطي المخدرات أو ظهور علامات مبكرة لاضطراب السلوك لدى أطفالهم . لقد أدت الجلسات الثلاث القصيرة إلى تقليل السلوك المعادي مقارنة بمن لم يتلقوا هذه المعالجة حتى بعد عامين من التدخل.



يمكن لبرنامج تدريب الإدارة الأبوية أن يكون فعالا في علاج اضطراب السلوك

عمل جيرالد باترسون Gerald Patterson وزملاؤه لمدة تزيد على الأربعة عقود على تطوير واختبار برنامج سلوكي يطلق عليه التدريب على الإدارة الأبوية Parental Management Training PMT ، والذي يتم فيه تعليم الآباء أن يغيروا من ردود أفعالهم تجاه أطفالهم، مما سيترتب عليه قيام هؤلاء الأطفال بسلوكيات موالية للمجتمع وليست معادية له. فالوالدان يتعلمان استخدام أساليب معينة مثل الدعم الإيجابي عندما يظهر الطفل سلوكيات إيجابية، والحرمان من الامتيازات إذا قام الطفل بأفعال عدوانية أو سلوكيات مناهضة للمجتمع.

قام آخرون بتعديل طريقة المعالجة هذه، ولكنه بوجه عام فإن أكثر التدخلات فاعلية عند الأطفال هم الذين يعانون اضطراب السلوك واضطراب المعارض المتحدي. كما أن النتائج التي يتم الحصول عليها من الوالدين والمدرسين على سواء والتي توضح السلوك في المنزل أو المدرسة تقوم بدعم فاعلية هذا البرنامج Kazdi, 2005, Patterson, 1982 . كما أن برنامج PMT قد أوضح فاعلية في تعزيز التفاعلات بين الطفل والوالدين، وهو ما يرتبط بدوره بتقليل السلوك العدائي والمزعج والذي يعتبر مرتبطاً بدوره بتناقص معدل السلوك العدواني والمناهض للمجتمع Dishion & Anderews, 1995, Dishion, Patterson& Kavanagh, 1992 ، واتضح أيضا أن برنامج PMT يعمل أيضا على تحسين سلوك الإخوة، ويقلل من نسبة الاكتئاب عند الأمهات اللائي شملهن البرنامج Kazdin, 1985 ، وقد تم تطبيق برنامج PMT على العائلات اللاتينية وأظهر فاعلية في تعديل سلوكيات الوالدين والأطفال Martinez & Eddy, 2005 .

تشير المتابعات التي تمتد لفترة أطول إلي أن الآثار المفيدة لبرنامج PMT تستمر من عام إلي ثلاثة أعوام بعد ذلك Brestan& Eyberg, 1998, Long, Forehead,

Wierson, et al,. 1994 ، وتدخل مناهج تدريب الوالدين والمدرسين ضمن برامج اجتماعية أكبر مثل برنامج Head Start والتي أظهرت خفضا في مشكلات التواصل خلال مرحلة الطفولة وزادت من سلوكيات التربية الإيجابية -Webster- Stratton, 1998, Webster Stratton, Reid & Hammond, 2001 للمزيد من المعلومات حول برنامج Head Start، راجع أهم الاكتشافات 13-3 .

أهم الاكتشافات 13-3

برنامج الوقاية المجتمعية Head Start

قامت الحكومة الفيدرالية بوضع برنامج Head Start، ويهدف إلي إعداد الأطفال الذين ينتمون إلي أسر ذات دخل منخفض وتجهيزهم للنجاح في الالتحاق بالمدرسة النظامية، وقد كان الدافع إلي وضع هذا البرنامج في فترة الستينيات، عندما اتجه الاهتمام القوي في أمريكا إلي مشاكل الجوع، والحقوق المدنية. ويعتبر برنامج نقطة البداية هو تعليم ما قبل المدرسة الذي يعتمد على المجتمع والتركيز على التنمية المبكرة للمهارات المعرفية والاجتماعية، ويتعاقد برنامج نقطة البداية مع المتخصصين في المجتمع من أجل تقديم خدمات صحية وخدمات تتعلق بالأسنان إلي الأطفال، وذلك يشمل اللقاحات واختبارات السماع والرؤية، والعلاج الطبي، وتدريب الوالدين، ومعلومات حول التغذية head start bureau: http://www.acf.hhs.gav/programs/hsbi ، وتمثل خدمات الصحة العقلية عنصراً آخر من عناصر برنامج Head Start أو نقطة البداية، ومن الممكن أن يحدد الأخصائيون النفسيون الأطفال الذين يعانون مشكلات نفسية، ويتشاورون مع المدرسين، والعمال للمساعدة في جعل بيئة ما قبل المدرسة حساسة تجاه المسائل النفسية فهم مثلاً قد يقومون بالمشاركة في معرفة نمو وتطور الطفل، ويتشاورن حول إحدى الحالات الفردية أو يساعدون العمال في دراسة وتوجيه اهتمامات الوالدين، ويعتبر برنامج نقطة البداية مصمماً لكي يكون دقيقاً تجاه العوامل الثقافية والعرقية التي تؤثر على الأطفال وعلى أسرهم، مما يعمل على ربط الأسر بالخدمات الاجتماعية الضرورية، يعمل على تشجيع الآباء على الاشتراك في تعليم أطفالهم.

قارنت دراسات مبكرة بين الأطفال الذين خضعوا لبرنامج Head Start والأطفال الذين لم يحظوا بتلك الميزة وواظبوا على الحضور ضمن فصول ما قبل المدرسة أو ممن لم يذهبوا لتلك الفصول، وأظهرت هذه المقارنة أن أطفال برنامج Head Start قد أبدوا تحسناً ملحوظاً بدرجة أكبر من كل من كلتا المجموعتين في القدرة المعرفية- الاجتماعية، والاندفاع الحركي، وقد كان التحسن القريب من ذلك عند الأطفال الأمريكيين من أصل إفريقي، وبصفة خاصة أولئك الذين كانت قدراتهم الأولية أقل من المتوسط، وبالرغم من أن

برنامج نقطة البداية قد نجح في تحسين أداء الأطفال الأكثر فقراً، إلا أنهم ما زالوا متخلفين عن أقرانهم بلغة المستويات المعرفية الكاملة والمطلقة، وذلك بعد مرور عام على خضوعهم للبرنامج Lee, Brooks- Gunn& Schnur, 1988 . وتؤكد دراسات أخرى، القيمة الكبيرة التي يتمتع بها برنامج head start في مساعدة الأطفال الفقراء على تحسين أدائهم العقلي مثل: Caronan, Cruz, Arriga et al., 1996, Perkins, 1995, Schleifer, 1995 .

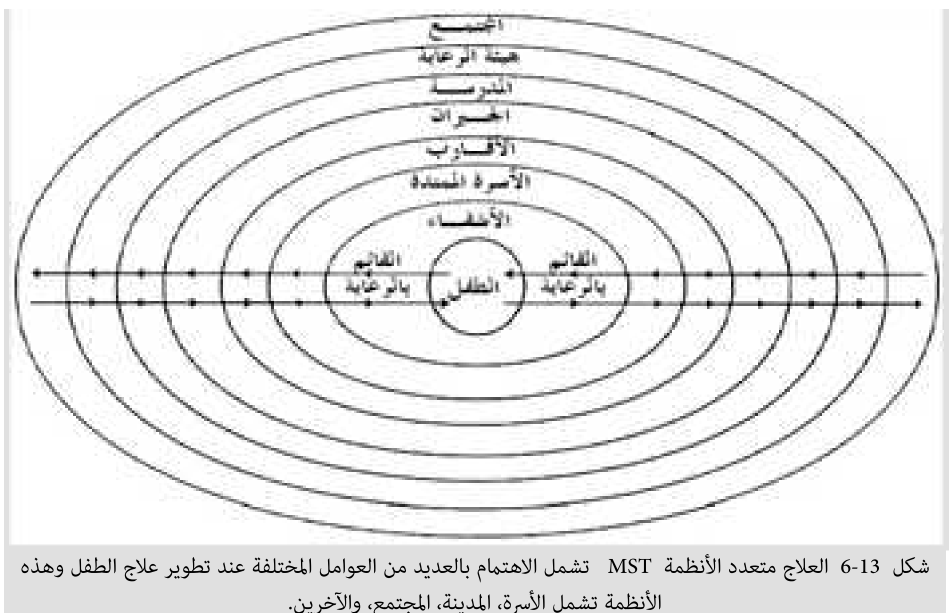
تعد دراسة تأثير هذا البرنامج القومي التي أجرها الكونجرس عام 1998 دراسة عشوائية لهذا البرنامج، والتي تقوم بدراسة ما يقرب من 5000 طفل من الأطفال الذين يشتركون في البرنامج في مختلف مناطق الدولة، وقد بدأت الدراسة في عام 2002، وينبغي أن توفر النتائج في شهر ديسمبر من عام 2006، وتعمل هذه الدراسة الشاملة على المساعدة في الإجابة على الأسئلة التي تثور حول فاعلية برنامج Head Start في الإعداد لمرحلة المدرسة وما هي أنماط الأطفال التي تستفيد منه، وقد أوضحت النتائج الختامية أن الأطفال قد حققوا الكثير من الفوائد العقلية والاجتماعية والسلوكية من خلال انضمامهم لهذا البرنامج، ولكن للأسف فإن ما تم تحقيقه من مكاسب يتوقف بمجرد دخول الطفل الصف الدراسي الأول وزارة الصحة والخدمات الصحية وإدارة الطفل والأسرة الأمريكية، 2010 ، وهناك دراسة متابعة للأطفال حتى الصف الثالث يتم إجراؤها حاليا، ورغما عن كل هذه النتائج المحبطة فإنه يتم إجراء تعديلات على هذا البرنامج بما في ذلك توفير المزيد من التدريب للمعلمين والموظفين، وحذف البرامج التي لم يستفد منها الأطفال كباقي البرامج الأخرى، ولكن هل يعني هذا أن برنامج Head Start لم يحقق فائدة؟ أو أنه برنامج غير ضروري؟ إن الأطفال الذين انضموا لهذا البرنامج كان أداؤهم أفضل ممن لم ينضموا إليه وهذا أمر مشجع، والتحدي الآن يكمن في الحفاظ على استمرار هذه النتائج الإيجابية لفترة أطول، خاصة وأن البيئة العائلية والمدرسية للأطفال قد تتغير وتتعدد.

العلاج متعدد الأنظمة:

طريقة مبشرة أخرى من العلاج بالنسبة للمتهمين بالقاصرين، وهي طريقة العلاج متعدد الأنظمة MST Borduin, Mann, Cone, et al., 1995 ، وتتضمن طريقة MST تقديم العلاج المكثف الشامل في المجتمع، ومعالجة المراهقين، والأسرة والمدرسة، وبعض الحالات مجموعة الأقران شكل: 13-6 . تعتمد المعالجة على الرأي القائل بأن مشاكل السلوك تتأثر بعدة عوامل داخل الأسرة، وبين الأسرة والأنظمة الاجتماعية الأخرى.

تتنوع الاستراتيجيات التي يستخدمها المعالجون في طريقة MST، فهي تجمع بين الأساليب السلوكية والمعرفية، وأجهزة الأسرة وأساليب إدارة الحالة، ويمتاز هذا العلاج بالتأكيد على القوى الفردية والعائلية التي تركز على الوقت الحالي، والتي تتوجه نحو الفعل،

واستخدام التدخلات العلاجية التي تركز على الوقت الحالي، والتي تتوجه نحو الفعل، واسـتخدام التدخلات التي تتطلب جهوداً يومية أو أسبوعية من جانب أعضاء الأسرة ويتم تقديم العـلاج في أوساط " بيئية متاحة" مثل المنزل أو المدرسة، أو المركز الترفيهي المحلي، وذلك مـن أجـل تعظـيم فرصة حدوث تحسن في الحياة اليوميـة المعتـادة للأطفـال ولأسرهـم، وقـد أظهـرت العديـد مـن الدراسات فاعلية برنامج العلاج متعدد الأنظمة .Henggeler, Schoenwald, Borduin, et al., 1998, Ogden& Halliday- Boykins, 2004



شكل 13-6 العلاج متعدد الأنظمة MST تشمل الاهتمام بالعديد من العوامل المختلفة عند تطوير علاج الطفل وهذه الأنظمة تشمل الأسرة، المدينة، المجتمع، والآخرين.

عند المقارنة بالمراهقين الذين حصلوا على عدد مساو من جلسات العلاج الفردي التقليـدي حولي 25جلسة أظهر المراهقون الذين حصلوا على برنامج MST مشاكل سلوكية أقـل، وأظهـروا عدداً أقل بكثير من المقبوض عليهم على مدى الأربع سـنوات التاليـة. فعـلى سـبيل المثـال، ففـي الوقت الذي تم القبض فيه على أكثر من 70% من المراهقين الذين حصلوا على علاج تقليـدي في الأربع سنوات التالية لم يتم القبض إلا على 22% من أولئك الذين أكملوا العـلاج بطريقـة MST، وبالإضافة إلي ذلك فقد أشار التقييم الذي تم إجـراؤه عـلى أعضـاء الأسرة، إلي أن الوالـدين الـذين اشتركوا في برنامج MST ظهرت عليهم أعراض نفسية أقل، كما أن الأسر كانت أكثر دعما ومساندة، وأظهرت درجة أقل من الصراع والعداوة في التفاعلات التي تم تسجيلها على شريط فيـديو. وعـلى العكـس، فـإن طبيعـة ونوعيـة التفـاعلات في أسر المـراهقين الـذين خضـعوا للعـلاج الفـردي

التقليدي قد أدت إلي إفساد العلاج التالي، وحتى المراهقين الذين تلقوا العلاج بطريقة MST ولكنهم انسحبوا بعد مرور ما يقرب من أربع جلسات، تم القبض عليهم بدرجة أقل من المراهقين الذين أكملوا كل خطوات العلاج الفردي التقليدي.

نبذة سريعة:

يشير اضطراب ADHD واضطراب السلوك إلى الاضطرابات الخارجية، وهذان الاضطرابات يظهران في مختلف الثقافات، بالرغم من وجود اختلافات في شكل الأعراض الخارجية في الثقافات المختلفة، غير أن كلا الاضطرابين يعتبر أكثر شيوعاً بين الأولاد عنه بين الفتيات بالرغم من أن الأبحاث الحديثة قد بدأت في فحص المشاكل الخارجية عند الفتيات، وهناك عدد من العوامل التي تتضافر مع بعضها مسببة اضطراب ADHD واضطراب السلوك، غير أنها تسهم أيضا في اضطراب السلوك، وأشارت الأبحاث العصبية البيولوجية إلي مناطق معينة في المخ وناقلات عصبية معينة مثل الدوبامين، باعتبارها تسهم في ظهور اضطراب ADHD، كما أنه قد ظهرت عيوب عصبية نفسية في كلا الاضطرابين وتشمل عوامل الخطورة الأخرى بالنسبة لاضطراب ADHD، خفة الوزن عند الولادة، وتدخين الأمهات، ومن المهم أن نضع في الاعتبار الاختلافات بين الأقران وبين الأسر، باعتبارها من العوامل المهمة وخصوصاً في كيفية تفاعلهم مع الإمكانية الوراثية للقيام بالهجوم أو الاستعداد الوراثي للتشاجر، وتعتبر أكثر الطرق فاعلية في علاج اضطراب ADHD هي مزيج من العلاج بالدواء، مثل الريتالين، والمعالجة السلوكية، وتعتبر طرق العلاج التي تعتمد على الأسرة فعالة في علاج اضطراب السلوك. وكذلك الطرق التي تشمل نقاطا متعددة للتدخل العلاج فيها، مثل طريقة MST.

الاكتئاب والقلق عند الأطفال والمراهقين:

ناقشنا حتى الآن الاضطرابات التي تقتصر على الأطفال. أما بالنسبة للاضطرابات الداخلية مثل الاكتئاب واضطرابات القلق فهي تبدأ في مرحلة الطفولة أو البلوغ ولكنها تستمر وتشيع لدى البالغين، وقد تضمن الفصل الخامس توصيفا أوسع لهذه الاضطرابات اضطرابات المزاج وكذلك الفصلان السادس والسابع اضطرابات القلق ، وهنا سنتناول الطرق التي نميز بها الأعراض ومسببات الإصابة وطرق العلاج لهذه الاضطرابات والتي تبين الاختلاف بينها عند الأطفال والبالغين.

كما سبق وأوضحنا الاكتئاب والقلق يحدثان بالتزامن مع اضطراب ADHD واضطراب السلوك، علاوة على أنه من الشائع أن تحدث اضطرابات القلق والاكتئاب بتزامن كل منهما مع الآخر بين الأطفال وبين البالغين أيضاً، رغم أن الأبحاث المبكرة

أشارت إلى أنه يمكن التمييز بين الاكتئاب والقلق عند الأطفال عنهما عند المراهقين، وبنفس الشكل يختلفان عند البالغين، بمعنى أن الأطفال الذين يعانون الاكتئاب يظهرون مستويات منخفضة من التأثر الإيجابي، ومستويات مرتفعة من التأثر السلبي، كما أن الأطفال المصابين بالقلق يظهرون مستويات مرتفعة من التأثر السلبي غير أنهم لا يظهرون مستويات منخفضة من التأثر الإيجابي Lonigan, Philips & Hooe, 2003 ، وهناك أبحاث حديثة تتناول هذا التساؤل Anderson & Hope, 2008 ، وبعد ذلك سنتناول بالتفصيل بعض العوامل المسببة، والاعتبارات العلاجية للاكتئاب والقلق في مرحلة الطفولة.

الاكتئاب :

الوصف السريري ومعدل انتشار الاكتئاب أثناء مرحلتي الطفولة والبلوغ:

هناك أوجه شبه واختلاف في الأعراض التي تظهر عند الأطفال وتلك التي تظهر عند البالغين كنتيجة للإصابة باضطراب الاكتئاب الرئيس Garber& Flynn, 2001 ، فالأطفال والمراهقون في سن 7 حتى 17 سنة والبالغون يميلون إلي إظهار الأعراض التالية: الحالة المزاجية المكتئبة، عدم الشعور باللذة، الإرهاق والتعب، مشاكل في التركيز، التفكير في الانتحار. ويختلف الأطفال والمراهقون عن البالغين في إظهار معدلات مرتفعة من محاولات الانتحار، والشعور بالذنب، ومعدلات منخفضة من الاستيقاظ في الصباح الباكر، واكتئاب الصباح الباكر، وفقدان الشهية، وفقدان الوزن، وكما هى الحال عند البالغين يعتبر الاكتئاب عند الأطفال متكرراً، وقد أظهرت الدراسات المطولة أن الأطفال والمراهقين المصابين بالاكتئاب الرئيس الكبير هم عرضة للاستمرار في إظهار الأعراض الاكتئابية الخطيرة عندما يتم تقييمهم حتى بعد مرور 4: 8 سنوات Garber, Kelly& Martin, 2002, Lewinsohn, Rohde, Seeley, et al., 2000 .



كثير من أعراض الاكتئاب في مرحلة الطفولة هي ذاتها أعراض الاكتئاب لدى البالغين بما في ذلك المزاج الحزين.

وبوجه عام يحدث الاكتئاب في الأطفال الذين لم يصلوا إلي سن المدرسة بنسبة أقل من 1% Kashani & Carlson,1987, Kashani, Holcomb & Ovraschel, 1986 ، وفي سن المدرسة بنسبة تتراوح من 2: 3% Cohen, Kensen, et al., 1993, Costello, Costello, Edelbrock, et al., 1988 وعند المراهقين تتراوح المعدلات بين 6 بالمائة للفتيات، 4 بالمائة في الفتيان Costello, et al., 2006 .

يصل معدل الانتشار بين الفتيات المراهقات إلى ضعف معدل الانتشار عند الأولاد المراهقين على وجه التقريب، كما رأينا أيضا من خلال معدل الانتشار لدى البالغين راجع أهم الاكتشافات 5-1 ، وبالرغم من أن الفتيات المراهقات غالباً ما يتعرضن للاكتئاب أكثر من الفتيان المراهقين، فإنه لا توجد اختلافات في نوع الأعراض التي تظهر عند الطرفين Lewinsohn, Petit, Joiner, et al., 2003 ، ومما يعد على درجة من الأهمية، أن اختلاف النوع أو الجنس لا يحدث قبل سن الثانية عشرة، وفي الواقع، فقد وجد أن الاكتئاب يظهر عند الفتيان إلا عند البلوغ Hankin, Abramson, Moffitt et al, 1998 .

أسباب الاكتئاب في مرحلة الطفولة والمراهقة:

ما الذي يؤدي بشخص صغير السن إلي الإصابة بالاكتئاب؟، فبالنسبة للبالغين، تشير الأدلة إلي أن العوامل الوراثية تلعب دوراً مهماً Klein, Lewinsohn, Seeley, et al. 2001 ، وفي الواقع فإن نتائج الدراسات الوراثية مع البالغين انظر الفصل الخامس تنطبق على الأطفال والمراهقين أيضا، وذلك لأن التأثيرات الوراثية موجودة منذ الميلاد إلا أنه قد لا يتم التعبير عنها بشكل صحيح، ويتضاعف خطر إصابة الطفل بالاكتئاب إلى أربعة أضعاف إذا ما ولدوا لأبوين يعاني أحدهما الاكتئاب مقارنة بأولئك الذين لا يعاني والداهم الاكتئاب Hammen& Brennan, 2001 ، وبالطبع فإن إصابة أحد الأبوين بالاكتئاب غالبا ما يكون راجعا إلى أسباب جينية أو بيئية.

وفي واقع الأمر فقد ركزت دراسات الاكتئاب أيضا على الأسرة وعلى علاقات أخرى كمصادر للضغط، قد تتفاعل مع عوامل جينية، وبالنسبة للبالغين فإن الأحداث المحزنة والسلبية في حياتهم المبكرة يكون لها دورها أيضا Garber, 2006 ، وقد وجدت دراسة حديثة أن الصعوبات المبكرة مثل الوضع المالي الصعب، واكتئاب الأم، والاعتلال المزمن خلال فترة الطفولة تعد مؤشرا على الإصابة بالاكتئاب عند عمر ما بين 15-20 عاما خاصة لدى البالغين الذين يمرون بتجارب حياتية سلبية متعددة قبل عمر الخامسة عشرة Hezel, Hamman, Brennan, et al., 2008 .

تتزايد مخاطر إصابة الطفل بالاكتئاب إذا كان أحد والديه يعاني الاكتئاب، وقليل ما نعرفه عن سبب حدوث ذلك Garber, et al., 2002, Kane & Garber, 2004 . إننا نعرف أن الاكتئاب عند أي من الزوجين أو كليهما يعد مرتبطاً في الغالب بالصراع الزوجي، لذا نتوقع أن يكون للاكتئاب آثار سلبية على الأطفال، وهو يؤدي إلي ذلك بالفعل Hammen, 1997 . إن إقصاء الأبوين للطفل يرتبط إلى حد ما بإصابة الطفل بالاكتئاب، وذلك حسبما أكدته دراسة تحليلية موسعة شملت 45 دراسة McLeod, Wood & Weisz, 2007 ، وقد اعتبرت هذه الدراسات أن القياس الكمي للإقصاء الأبوي ضئيل،

وموضحة أن هناك عوامل أخرى غير الإقصاء يكون لها دور أكبر في حدوث الاكتئاب أثناء مرحلة الطفولة.

وهناك عوامل بين شخصية أخرى ترتبط بالاكتئاب لدى الأطفال، ومن بينها التفاعلات السلبية مع الوالدين Chiariello& Overschel, 1995 والعلاقات الواهنة مع الأقران والأصدقاء والأحباب Beevers, Rhold, Stice et al., 2007, Lewisogn, Robberts, Steely, et al, 1994, Shih, Eberhart, Hammen, et al., 2006 ، وللأسف فإن الأطفال المصابين بالاكتئاب غالبا ما يتعرضون للرفض من أقرانهم لأنهم لا يستمتعون بالتواجد معهم Kenneddy, Spence, Hensly, 1989 . تعمل هذه التفاعلات بدورها على تعميق الصورة السلبية عن النفس وإحساس الطفل المكتئب أن لا قيمة له، ومن المرجح أن هذه العوامل قد تكون في الوقت ذاته سبباً من أسباب الاكتئاب ونتيجة له، وهذه النماذج من العوامل البين شخصية قد تكون مؤشرا مهماً يساعد في التنبؤ بحدوث الاكتئاب لدى الفتيات لمراهقات Hammen, 2009 .

وتماشيا مع مما يواكب نظرية بيك Beck's theory في الاكتئاب، ونظرية اليأس المكتسب انظر الفصل الخامس ، فإن التشوهات المعرفية، والأساليب النسبية السلبية مرتبطة بالاكتئاب عند الأطفال والمراهقين بطريقة مشابهة لما تم التوصل إليه عند البالغين Garber et al., 2002, Lewinsohn et al., 2000 . فعلى سبيل المثال، تشير الأبحاث المعرفية حول الأطفال الذين يعانون الاكتئاب إلي أن مظهرهم الخارجي يبدو سلبياً أكثر مما يبدو عليه مظهر الأطفال غير المكتئبين، ويتشابه مع مظهر البالغين المكتئبين Prieto, Cole, & Tageson, 1992 . كما أن الأفكار السلبية واليأس المكتسب قد ينبئان عن تأخر الشفاء من الاكتئاب عند المراهقين Rhode, Seeley, Kaufman, et al., 2006 . أما بالنسبة للوظائف البين شخصية، فيهمنا أن نتذكر أن الاكتئاب قد يدفع بالطفل إلى التفكير بصورة أكثر سلبية Cole, Martin, Peeke, et all, 1998 . لذا لابد من الاهتمام بالأبحاث مطولة.

وقد تضمنت دراسة عن الأطفال تساؤلا مهماً: متى يظهر على الطفل هذه الأنماط الاستنادية؟ فهل لدى الطفل الصغير طريقة ثابتة في التفكير حول ذاته في هذه المرحلة من النمو المعرفي؟ بالعودة إلى الفصل الخامس فإننا نجد أن هذه الاستنادات تتباين حول ما إذا كانت الأفكار السلبية لدى الأطفال ثابتة أي أن الأمور تسوء دوما ، أم يوجهون نظرتهم للداخل ساءت الأمور بسبب خطئي أم يوجهون نظرتهم للعالم من حولهم كل ما في الحياة سيىء . تناولت دراسة موسعة تطور نمط العزو عند الأطفال Cole, Ciesla, Dallaire, et al., 2008 ، وقام الباحثون بدراسة ثلاث مجموعات من الأطفال لمدة أربع سنوات. خلال السنة الأولى من الدراسة كانت المجموعات الثلاث تتضمن 1 أطفالا في

الصف الثاني، 2 أطفالا في الصف الرابع، 3 أطفالا في الصف السادس، وتمت متابعة المجموعات الثلاث سنويا حتى وصل هؤلاء الأطفال إلى الصفوف الخامس والسابع والتاسع على التوالي. أكمل المبحوثون اختبارات نمط العزو للأطفال والمراهقين إضافة إلى خضوعهم لمقاييس الاكتئاب، وقد خلصت نتائج الدراسة إلى نتائج مهمة، أولها أن جميع الأطفال قد أكملوا استبيان نمط العزو ومقياس الاكتئاب بطريقة يمكن الاعتماد عليها، إلا أن نمط العزو لديهم كان متغيرا بمرور الوقت، فالعزو قد أصبح أكثر ثباتا لكنه لم يعد داخليا أو كونيا خاصة مع تقدم الطفل في العمر. علاوة على ذلك فإن نمط العزو لم يتحول إلى نمط مستقر حتى بلوغ الطفل مرحلة المراهقة البكرة. ختاما وعلى رأس ما تقدم، فإن نمط العزو لا يتفاعل مع أحداث الحياة السلبية ليؤدي إلى الاكتئاب مثل: أنه ليست استعدادا للمرض المعرفي عند الأطفال الصغار. إن ظهور الاستعداد المرضي المعرفي من خلال نمط العزو حتى يصل الطفل إلى الصف الثامن أو التاسع، وعليه فإن النتائج التي خلصت إليها هذه الدراسة تشير إلى أن نمط العزو يتخذ الصورة النمطية المستقرة عند المراهقة المبكرة، ويتحول إلى الاستعداد للمرض المعرفي المرتبط بالاكتئاب خلال سنوات المرحلة المدرسية المتوسطة.

علاج اكتئاب الطفولة والمراهقة:

تأخرت الأبحاث حول سلامة وكفاءة الأدوية بالنسبة لاكتئاب الطفولة والمراهقة عن الأبحاث التي تم إجراؤها مع البالغين Emsile & Mayes, 2001 ، إلا أن الاهتمام بالسلامة حول استخدام العقاقير المضادة للاكتئاب بين الأطفال والبالغين راجع أهم الاكتشافات 13-4 . كما أن هناك آثارا جانبية مترتبة على تعاطي العقاقير المضادة للاكتئاب بما في ذلك الإسهال، والغثيان، ومشكلات النمو، والاهتياج Barber, 2008 ، وهناك دراسات أوضحت أن العقاقير المضادة للاكتئاب لا تعتبر أفضل من المهدئات بالنسبة للأطفال والمراهقين Geller, Cooper, Graham, et al., 1992, Keller, Ryan, Strober, et al., 2001 ، إلا أن إحدى الدراسات الحديثة التي تناولت فاعلية مضادات الاكتئاب، ومن خلال متابعة منضبطة، قارنت بين عقار البروزاك prozac والمعالجة السلوكية المعرفية CBT وبين مزجهما معاً لعلاج لمراهقين يعانون الاكتئاب من خلال ما يسمى "دراسة معالجة الاكتئاب لدى المراهقين" TADS ، والتي أبانت أن المعالجة المختلطة هي الأكثر فاعلية خلال 12 أسبوعا وأن هناك بعض الفوائد المتوسطة لاستخدام البروزاك مقارنة بالعلاج المعرفي March, Silva, Petrycki, et al., 2004 ، ويظهر تأثير هذا النمط بعد 34 أسبوعا TADS team, 2007 ، وفي دراسة تحليلية موسعة شملت 27 دراسة ضابطة للمعالجة الدوائية باستخدام مضادات الاكتئاب قد أظهرت فاعلية فيما يتعلق باضطرابات القلق وكذا اضطرابات الشخصية الوسواسية القهرية

OCD ولكن هذه الفاعلية تقل في حالة الاكتئاب واضطراب الشخصية الوسواسية القهرية . Bridge, Lyengar, Salary, et al., 2007

ظهرت مخاوف كثيرة حول سلامة استخدام مضادات الاكتئاب مع الأطفال، خاصة فيما يتعلق بالآثار الجانبية. لكن الأمر الأكثر أهمية هو ما يتعلق بالإقدام على الانتحار، أدت إلي عقد سلسلة من جلسات الاستماع مؤخراً في كل من الولايات المتحدة والمملكة المتحدة حول ما يتعلق بسلامة استخدام مضادات الاكتئاب لدى الأطفال. ففي الدراسة المشار إليها سابقا March et al, 2004 حاول 7 من بين 439 مراهقا، الانتحار، كان من بينهم ستة من المجموعة التي تم علاجها بالبروزاك، وواحد من المجموعة التي خضعت للمعالجة السلوكية المعرفية. انظر أهم الاكتشافات 13-4 لمزيد حول هذه القضية المعقدة . تنقلب الأدلة مشيرة إلى أن الآثار الانتحارية تحدث خلال مراحل العلاج المبكرة، وفي دراسة تحليلية موسعة تناولت معدلات النزعة الانتحارية في دراسات الاكتئاب Bridge, et al, 2007 . إن مخاطر الإصابة بالأفكار الانتحارية وصلت إلى 3 بالمئة في الأطفال الذين يتعاطون مضادات الاكتئاب و2 بالمئة لدى الأطفال الذين يتناولون المهدئات. كذا فمن الأهمية بمكان أن نلحظ أن التحليلات قد أوضحت أن الأطفال الذين يحصلون على المعالجة الدوائية كانت تنتابهم أفكار انتحارية، وليس ذلك لأن العلاج الدوائي يسبب الميل إلى الانتحار. لم تكن هناك أي دراسة مكتملة بين الدراسات السبع والعشرين التي تمت مراجعتها.

ويتم استنساخ معظم التدخلات العلاجية السيكولوجية بعد التطبيق الطبي على البالغين،وهناك العديد من الابتكارات التي تمت لتهيئة هذه الطرق العلاجية، فعلى سبيل المثال تم تعديل العلاج البين شخصي لكي يتم استخدامه مع المراهقين الذين يعانون الاكتئاب من خلال التركيز على قضايا ومسائل تخص المراهقين، مثل ضغط القرين، والضغط الناتج عن الانتقال من مرحلة الطفولة إلي مرحلة البلوغ، والصراع بين الاعتماد على الوالدين والقادة الأبويين مثل المدرسين وبين الرغبة في الاستقلال Moreau, Mufson, Weissman, et al., 1992 . تبدو المعالجات السلوكية المعرفية فعالة عند استخدامها في الأوساط المدرسية تتسم بالفاعلية، وترتبط بانخفاض أسرع لحدة الأعراض بصورة أكبر من المعالجة الأسرية أو المعالجة الداعمة Curry, 2001 . إن نحو 63% من المراهقين الذين يعانون الاكتئاب وخضعوا للعلاج السلوكي المعرفي، أظهروا تحسناً كبيراً في نهاية فترة العلاج Lewinsohn & Clarke, 1999 ، وفي دراسة كرست لتوضيح الفوارق بين الأنماط التي تحقق أعلى فائدة للمراهقين من العلاج المعرفي السلوكي فقد اتضح أنها كانت أكثر فائدة للمراهقين القوقازيين، وكان بين هؤلاء المراهقين من كانت لديهم مهارات جيدة ومن يعانون الاكتئاب المتكرر Rhode, et al., 2006 . أوضحت الحالة السريرية "شارون"

أساليب العلاج المعرفي السلوكي المستخدمة مع المراهقين، وبمتابعة هذه الدراسات فإنها تشير إلى أن هناك أشكالا أخرى من التدخل تكون فعالة بالنسبة للمراهقين في الأقليات العرقية، ولدى الذين يعانون النوبات الأولى للاكتئاب.

في دراسة تحليلية موسعة شملت 35 دراسة عن العلاج النفسي للاكتئاب عند الأطفال والمراهقين اتضح أن هذا العلاج كان ضعيف التأثير Weisz, McCarty, Valeri, 2006 وأن العلاج المعرفي لم يكن أفضل من غيره من أنواع العلاجات الأخرى، ورغم أن العلاج كان فعالا على المدى القصير، فإن التأثيرات على المدى البعيد لم تكن على ذات الدرجة. لذا، فبالرغم من أن العلاج النفسي هو علاج فعال، إلا أننا في حاجة إلى تطوير علاجات أكثر فاعلية.

وهناك كثير من الأبحاث التي تركز على كيفية الوقاية من الاكتئاب عند المراهقين والأطفال، وهناك دراسة تحليلية موسعة شملت نوعين من العلاجات الوقائية للاكتئاب/ هما: التدخلات الانتقائية والتدخلات الكلية Horowitz & Garber, 2006 . تستهدف البرامج الانتقائية للوقاية من الاكتئاب الشباب الصغار معتمدة على عوامل الخطر الأسري مثل: الوالدان المصابان بالاكتئاب ، والعوامل البيئية مثل: الفقر أو العوامل الشخصية مثل: اليأس . أما البرامج الكلية فهي تستهدف المجموعات الكبيرة كالمدارس، وتسعى الى تقديم المعرفة والمعلومات حول الاكتئاب. خلصت نتائج الدراسة التحليلية إلى أن برامج الوقاية الانتقائية كانت أكثر فاعلية من برامج الوقاية الكلية فيما يتعلق بالوقاية من أعراض الاكتئاب لدى المراهقين.

وأشارت متابعة عشوائية لعينة سريرية ضابطة في برنامج من برامج الوقاية الانتقائية عند المراهقين المهددين بمخاطر الإصابة إلى أن أحد الأبوين على الأقل مصاب بالاكتئاب، وقد أوضحت نتائج مبشرة Garber, Clarke, Weersing et al., 2009 . خضع المراهقون لمجموعة من التدخلات المعرفية السلوكية التي ركزت على مهارات حل المشكلات وتغيير الأفكار السلبية أو تقديم الرعاية المعتادة للمجموعة مثل: أي رعاية عقلية يحتاجونها . لقد كان تكرار حدوث نوبات الاكتئاب منخفضا لدى المراهقين عند تطبيق العلاج المعرفي السلوكي مع المجموعة بصورة تفوق أولئك الذين تلقوا الرعاية المعتادة، وهذا ما يعكس أن لهذه المعالجة تأثيرا وقائيا فعالا.

حالة طبية : شارون Sharon

كانت شارون مضطربة للغاية عند فحصها المبدئي، فالأفكار الانتحارية تراودها بشكل متكرر، كما أنها أظهرت عدداً من علامات الاكتئاب... وبعد إخضاعها للعلاج بالأدوية المضادة للاكتئاب..، وتم تقديم المعالجة بالطريقة السلوكية المعرفية إليها،

أصبحت قادرة على فهم كيف تأثر مزاجها بأفكارها وسلوكها... كانت قادرة على فهم الطريقة التي يؤثر بها مزاجها على أفكارها وسلوكها، وكانت لديها القدرة على المشاركة في التخطيط السلوكي سعيا لزيادة حدوث أمور سارة وموجهة بدقة، وأظهرت شارون معايير عالية للغاية لتقييم أدائها في عدد من المناطق، وقد كان واضحاً أن والديها قد كان لهم دور في الوصول لهذه المستويات أيضاً، لذلك فإنه تم تحديد وعقد جلسات معالجة أسرية لتشجيع شارون ووالديها على أن يقوموا بإعادة تقدير وتقييم مستوياتهم.

كانت شارون تعاني صعوبة مع فكرتها عن تغيير معاييرها، كما أنها صرحت بأنها عندما لم تكن مكتئبة تظهر نزعتها إلى الكمال، وعند هذه النقطة، تحملت العلاج لأنها بدأت تنظر إليه على أنه محاولة لتغيير شيء ما تقدره في نفسها، وبأخذ هذا في الاعتبار بدأنا نستكشف، ونتعرف على هذه المواقف أو المجالات التي تفيدها فيها نزعتها الى الكمال، ومتى وكيف تجلب الضرر لها. لقد أصبحت تشعر بالراحة بشكل متزايد، مع وجهة النظر هذه، وقررت أنها تريد أن تستمر لكي تصل الى مستويات عالية فيما يتعلق بأدائها، في عمل كورس الرياضيات، والتي كانت منطقة قوة واضحة ، إلا أنها لم تكن تحتاج طلب هذا من نفسها فيما يتعلق بالتربية الفنية أو الجسدية Braswell& Kendall, 1988, p. 194 .

القلـق :

يشعر كل الأطفال تقريبا بمشاعر القلق والخوف كجزء من المسار الطبيعي لعملية نموه، فالمخاوف الشائعة المتنامية تتضمن الخوف من الظلام، ومن المخلوقات الخيالية عند الأطفال أقل من سن 5 سنوات وكذلك الخوف من الانفصال عن الوالدين عند الأطفال أقل من سن 10 سنوات . وبشكل عام، وكما هى الحال مع البالغين، فإن هذه المخاوف تكون أكبر لدى الفتيات عما هي عليه لدى الفتيان Lichenstien& Annas, 2000 ، بالرغم من أن هذا الاختلاف من حيث الجنس قد يكون ناتجاً بشكل جزئي عن الضغوط الاجتماعية على الفتيان، والتي قد تدفعهم إلي عدم الاعتراف بالخوف من أي شيء.

لا ينبغي الاستهانة بخطورة مشاكل القلق في مرحلة الطفولة، فليس الأطفال وحدهم من يعانون بل أيضا البالغين نراهم يكرهون الإحساس بالقلق - فالشعور بالقلق هو شعور مكروه - غير أن إحساسهم بالقلق قد يعمل أيضا على الوقوف عائقاً في طريق اكتسابهم للمهارات المناسبة للمراحل المختلفة من نموهم، فعلى سبيل المثال فإن الطفل الذي يشعر بالخجل بشكل مؤلم، ويجد أن الاندماج والتفاعل مع الأقران هو أمر لا يمكنه احتماله، فإن هذا الطفل قد لا يرغب في تعلم بعض المهارات الاجتماعية المهمة، ويستمر هذا الخلل مع نمو الطفل حتى يصل إلي مرحلة المراهقة، وسوف يؤدي إلي نتيجة هي الاستمرار

في المعاناة من مشاكل اجتماعية أخرى، وسواء في مكان الدراسة أو العمل فإن أسوأ ما يواجهه الشخص البالغ هو الخوف من أن الآخرين قد لا يحبونهم بل ويقصونهم، وهذا ما يجعله يتقهقر بل ويتصرف بطريقة تؤدي إلى رفض وعدم تجاوب الآخرين.

الوصف السريري ومعدل انتشار القلق في مرحلتي الطفولة والبلوغ:

بالنسبة للمخاوف ولمشاعر القلق التي يتم تصنيفها كاضطرابات وفقا لمعايير الدليل التشخيصي - الإصدار الخامس، فلا بد أن يكون أداء الأطفال مختلاً، وضعيفا، وعلى أي حال فعلى العكس من البالغين، فليس من الضروري أن ينظر الأطفال إلي مخاوفهم على أنها شيء مبالغ فيه أو غير معقول، وذلك لأن الأطفال يكونون في بعض الأحيان غير قادرين على إصدار مثل هذه الأحكام، وبناء على هذه المعايير، فإن ما يقرب من 12: 20% من الأطفال والمراهقين سوف يتم تشخيصهم على أنهم يعانون اضطراب القلق، وهو ما يجعل هذه الاضطرابات من أكثر الاضطرابات شيوعاً عند الأطفال، وبالرغم من أن معظم المخاوف غير الواقعية في مرحلة الطفولة سوف تتلاشى وتتبدد مع مرور الوقت إلا أن معظم البالغين الذين يعانون القلق، قد ترجع مشاكلهم إلي مرحلة الطفولة. كما توضح أهم الاكتشافات 13-4 .



يمكن لاضطرابات القلق أثناء مرحلتي الطفولة والبلوغ أن تؤثر على نواحي النمو الأخرى

أهم الاكتشافات 13-4

الجدل حول تشخيص وطرق علاج الأطفال الذين يعانون المرض النفسي:

خلال الأعوام الأخيرة تزايد عدد الأطفال الذين تم تشخيصهم بأنهم يعانون اضطرابات نفسية، كما تزايد عدد الأطفال الذين يتناولون الأدوية ذات المفعول والتأثير النفسي، وهذا ما يثير العديد من الأسئلة مثل:

- هل هناك زيادة بالفعل في عدد الأطفال المصابين باضطرابات نفسية؟
- هل تحسنت وتطورت نظم التشخيص ومعايير التقييم الخاصة بنا، بما يكفي لتحديد الأطفال والتعرف عليهم عند فحصهم؟

- هل يتم تشخيص الأطفال بصورة خاطئة ومن ثم تتم معالجتهم من مشكلات لا يعانونها أصلا؟
- هل المعالجة الدوائية آمنة بالنسبة للأطفال؟
- هل تؤدي المعالجة الدوائية إلي استخدام العقاقير المخدرة أو إساءة استخدامها بين الأطفال؟
- ونحن هنا نتعرض باختصار لبعض المجادلات والمناظرات الحديثة، وبعض الأدلة الحالية في بعض هذه الأجزاء.

الاضطراب ثنائي القطبية عند الأطفال:

كان المتخصصون يعتقدون لعدة أعوام أن الاضطرابات الثنائية نادرة جدا بين الأطفال أو حتى هي غير موجودة بالمرة بينهم، أما اليوم فإن المتخصصين يجدون الاضطرابات ثنائية القطبية في الأطفال بما يصل إلى خمسين ضعفا مما كانت عليه، فهل تزايدت الإصابة بالاضطرابات ثنائية القطبية لدى الأطفال؟ ربما لا، ومن أدق القضايا التشخيصية التي تواجه المتخصصين في مجال الصحة العقلية هي التمييز بين الاضطراب ثنائي القطبية واضطراب ADHD، فالسلوك الاهتياجي والذي يتسم بكثرة الحركة والقلق قد يكون علامة على كل من الاضطرابين، ولا يمكن تحديد الفارق إلا من خلال التقييمات الحذرة والدقيقة والشاملة، وهناك جدل مبكر آخر حول ما إذا كانت المعايير التشخيصية للاضطرابات ثنائية القطبية عند الأطفال هي نفسها المعايير التشخيصية عند البالغين، فيقول البعض إن هذه المعايير بالنسبة للأطفال ينبغي أن تشمل العواطف المتفجرة، إلا أنها لا يتم التعبير عنها إلا بشكل ضئيل مثل: Biederman, Mick, Faraone, et al, 2000 . إلا أن هذا يختلف عن المعايير التي حددها الإصدار الخامس فيما يتعلق بمعايير الاضطرابات ثنائية القطبية راجع الفصل الخامس . كما أن الاضطرابات العاطفية تظهر أيضا في اضطراب ADHD Carlson, Meyer, 2006, Dickstein & Liebenluft, 2006 . ومؤخرا أكدت دراسة أن معايير البالغين تنطبق أيضا على الأطفال والمراهقين Youngstrom, Freeman, Jenkins, 2009 . تنصح الأكاديمية الأمريكية للطب النفسي عند الأطفال والمراهقين باستخدام معايير الدليل التشخيصي في إصداره الخامس DMS-5 عند تشخيص الاضطراب ثنائي القطبية عند الأطفال والمراهقين McClellan, Kowatch, Findling, 2007 . كما أن هذه القواعد الإرشادية ترى أن القيام بعملية المعالجة في بيئتين مختلفتين مثل: البيت والمدرسة ليس شرطا موجودا في الدليل التشخيصي. لا تزال مسألة التفرقة بين الاضطرابات ثنائية القطبية واضطراب ADHD تمثل تحديا Youngstrom, Arnold, Frazier, 2010 ، فالدراسات التي ظهرت حديثا ساعية إلى التفرقة بين الاضطراب ثنائي القطبية في الأطفال عن غيرها من الأنماط الحادة من الاضطراب العاطفي من خلال السلوك ووظائف المخ Harvey,

Mullin & Hinshaw, 2006, Liebenluft & Rich, 2008 ، وقد أضاف الدليل التشخيصي-الإصدار الخامس تصنيفا جديدا يسمى اضطراب الاختلال المزاجي الوسواسي آملا أن يساعد بذلك الأطباء السريريين في تمييز الاضطرابات العاطفية التي تعتبر جزءاً من اضطرابات المزاج عن تلك التي تعتبر جزءاً من اضطراب ADHD.

العلاج باستخدام مضادات الاكتئاب:

في خريف عام 2004 قامت الإدارة الفيدرالية للعقاقير FDA بعقد سلسلة من جلسات الاستماع حول سلامة علاج الأطفال والمراهقين بالأدوية المضادة للاكتئاب، وقد كانت التقارير البحثية هي التي دفعت القائمين إلي عقد هذه الجلسات، حيث إن هناك تقريرا بحثيا من هذه التقارير تم حفظه في هدوء داخل الإدارة الفيدرالية للعقاقير - FDA، يشير إلي أن الأطفال والمراهقين المصابين بالاكتئاب والذين يتناولون أدوية مضادة للاكتئاب كانوا هم الأكثر عرضة للانتحار من الأطفال الذين لا يتناولون هذه الأدوية، وفي مطلع عام 2004 أصدرت المملكة المتحدة بيانا قويا مشيرة إلى أن استخدام الأدوية المضادة للاكتئاب في علاج المراهقين الذين يعانون الاكتئاب لم يكن خطيرا بدرجة تتخطى معدلات الخطورة، وكان هذا القرار قائما على مراجعة الأبحاث التي تشير إلي أن خطورة الانتحار تزيد عند المراهقين الذين يتناولون هذه الأدوية بدرجة أكبر من المراهقين الذين لا يتناولونها.

تشير النتائج التي صدرت عن دراسة TADS دراسة علاج الاكتئاب عند المراهقين إلى أن أكثر العلاجات فاعلية كان من خلال المزج بين البروزاك PROZAC والمعالجة السلوكية المعرفية CBT March et al., 2004 ، إلا أن الباحثين قد أشاروا إلى قيام ستة مراهقين من الذين يتناولون البروزاك أقدموا على الانتحار 1.5 بالمئة من العينة ، بينما حاول شخص واحد ممن تلقوا المعالجة السلوكية المعرفية الانتحار. لقد تم اختيار المشاركين في هذه الدراسة بصورة عشوائية لشروط المعالجة، ولذلك فإنه من غير المرجح أن يكون المراهقون الذين يتناولون البروزاك يعانون المرض بصورة أخطر، أو أن تكون ميولهم انتحارية أكثر من المراهقين الذين يخضعون للمعالجة السلوكية المعرفية.

يمكن أن يستمر تعاطي مضادات الاكتئاب لفترة تتراوح من 3: 4 أسابيع حتى يظهر تأثيرها، انظر الفصل الخامس وقد وجد تحليل تم إجراؤه على محاولات الانتحار التي قام بها أحد المراهقين، وعلى استخدام مضادات الاكتئاب، وجد أن خطر التعرض للانتحار أو خطر القيام بالانتحار كان في أعلى درجاته في الفترة الأولى من العلاج والتي تستمر من ثلاثة إلي أربعة أسابيع ولذلك فإن المسألة قد تكون متمثلة في أن الأدوية المضادة للاكتئاب لم يتح لها الوقت الكافي لكي تبدأ في العمل أو لكي يبدأ مفعولها في السريان عند المراهقين الذين أقدموا على محاولة الانتحار، وقد يكون صحيحاً أيضا أن

المعالجـة المختلطـة combined therapy في دراسـة TADS كانـت هـي الأكـثر فاعليـة لأن المعالجة السلوكية المعرفية قد بـدأت في العمـل بشـكل مبكـر في عمليـة سـير العـلاج وسـوف تحتاج هذه النوعيات من القضايا إلي المزيد من التمحيص في الدراسات المستقبلية.

في ختام جلسات الهيئـة الفيدراليـة للعقـاقير FDA، أوصـت الهيئـة بوضـع تحـذير بـارز "تحذير الصندوق الأسود Black Box Warning" يتضمن معلومات يـتم إرسـالها إلي الأطبـاء النفسيين بخصوص استخدام مضادات الاكتئاب مع المراهقين، ويعتبر هذا أقوي تحذير يتعلـق بـالأمن والسـلامة يمكـن أن تصـدره الإدارة الفيدراليـة للعقـاقير FAD بشـأن الأدويـة. أمـا في المملكة المتحدة، فقد أوصت الهيئة المماثلـة للهيئـة الأمريكيـة وهـي وكالـة تنظـيم المنتجـات الدوائيـة ومسـتلزمات الرعايـة الصـحية MHRA بوضـع التحـذير عـلى علامـات مضـادات الاكتئاب، ومنذ ذلـك الوقـت، انخفـض عـدد الوصـفات الطبيـة التـي كانـت تصـف اسـتخدام مضادات الاكتئاب في الولايات المتحدة والمملكـة المتحـدة Kurain, Ray, Arbogast, et al., 2007 ، وعلى الرغم من انخفاض معدلات الانتحار بـين الشـباب في ذات الوقـت، إلا أن هنـاك الكثير من المتغيرات التي تتبدل من حـين لآخـر، وبـات علينـا أن نعـرف إذا مـا كـان انخفـاض استخدام مضادات الاكتئاب يفسر انخفاض معدلات الانتحار.

الأدوية المحفزة:

خلال العقود الثلاثة الماضية تزايـد عـدد الأطفـال الـذين يتنـاولون الأدويـة المنبهـة مثـل الريتـالين بصـورة بالغـة Angold, Erkanali, Egger, et al., 2000 ، فهـل يـؤدي اسـتخدام الأدوية المنبهة إلي زيادة استعمال العقاقير الممنوعة بين الأطفال؟ أشارت دراستان مسـتقبليتان موسعتان إلي أن إجابة هذا السؤال هي لا، وفي دراسة أخرى تمت على مجموعتين من الأطفـال المصـابين باضـطراب ADHD لمـدة 13 سـنة Barkley, Fischer, Smallish, et al., 2003 ، وتمت معالجة إحدى المجموعتين بالأدوية المنبهة لمدة ثلاث سنوات ونصف السنة في المتوسـط بينما لم تتلق المجموعـة الأخـرى دواء منبهـاً عـلى الإطـلاق. وتماشـيا مـع عـدد مـن الدراسـات الأخرى، فإنه عند المتابعة في فترة البلوغ المبكرة، لم يكن أولئك الذين تلقوا علاجاً بالدواء المنبه أكثر عرضة للاستخدام غير الشرعي للعقاقير مـن الـذين لم يـتم علاجهـم بالـدواء المنبـه. إلا أن هناك استثناء وحيداً - وهو أن أولئك الذين تم علاجهم بالـدواء المنبـه كـانوا معرضـين لنسـبة كبيرة من خطر تعاطي الكوكـايين. وعـلى أي حـال، فبعـد الـتحكم في حـدة أعـراض اضـطراب السلوك تختفى العلاقة بين استخدام الدواء المنبه وبين محاولة تعاطي الكوكـايين. إلا أنـه بعـد ضبط حدة أعراض اضطراب السلوك يقوم على أن العلاقة بين الدواء المنبه وتعـاطي الكوكـايين لا تكمن في استخدام الدواء المنبه في ذاته.

أما الدراسة الثانية والتي امتدت إلي مرحلة البلوغ، فقد شملت مجموعة من الأطفال المصابين باضطراب القراءة والذين تم معالجتهم بالأدوية المنبهة لمدة تراوحت من 12: 18 أسبوعاً، ومقارنتهم بمجموعة من الأطفال الذين يعانون اضطراب القراءة والذين لم يتلقوا علاجاً بالأدوية المنبهة، وبعد مرور 16 عاماً على العلاج بالدواء، لم يظهر اختلاف بين المجموعتين فيما يتعلق باستخدام العقاقير المحظورة Mannuzza, Klein, Moulton, 2003 .

التوحد: التشخيص والأسباب:

تزايد عدد حالات الإصابة بمرض التوحد بصورة بالغة خلال السنوات العشر الماضية، فعلى سبيل المثال، أشارت دراسة شملت 11 ولاية أجراها مركز ضبط الأمراض والوقاية CDC إلى أن معدلات انتشار اضطراب الطيف التوحدي التوحد ومتلازمة أسبرجير قد بلغت 0.09% أي طفل في كل 110 أطفال متخطية ما كانت تشير إليه التقارير السابقة من أن هذه النسبة هي 1 : 500 مركز ضبط الأمراض والوقاية CDC - 2009 ، وقد وجدت دراسة موسعة في كوريا أن معدلات الانتشار كانت أعلى من 2 بالمئة طفل ما بين كل 38 طفلا Kim, et al., 2011 ، فلماذا حدثت هذه الزيادة؟ هل يرجع ذلك إلي زيادة عدد الأطفال المصابين بالتوحد؟، أم الى أن المتخصصين في مجال الصحة العقلية قد حققوا تحسناً وتقدماً في إجراء التشخيص؟.

لم يكن مرض التوحد مدرجاً بشكل رسمي فى الدليل التشخيصي DSM حتى عام 1980، وقد اتسعت المعايير التشخيصية بشكل ضئيل عما كانت عليه في الإصدار الثالث DSM III في عام 1980، وبين الإصدار الرابع IV-DSM في عام 1994 كان أول ذكر رسمي لمتلازمة أسبرجير في الدليل التشخيصي الإصدار الرابع DSM-IV . وتزايد عدد الأطفال الذين تنطبق عليهم معايير تشخيص مرض التوحد وفق معايير الإصدار الرابع DSM-IV عما كان عليه وفق المعايير الأضيق في الإصدار الثالث DSM III Grensbacher, Dawson& Goldsmith, 2005 . علاوة على تزايد الوعي الشعبي بمرض التوحد، وهذا ما دفع العائلات إلي البحث عن متخصصين مهنيين في الصحة العقلية من أجل الحصول على التقييم السيكولوجي الرسمي، وخلال الأعوام الماضية، ربما يكون بعض الأطفال المصابين بمرض التوحد قد تم تشخيص حالتهم على أنهم يعانون الإعاقة الذهنية، إلا أن التشخيص الآن يتم على الأرجح بصورة صحيحة، وكذلك فإن التأخر في اكتساب اللغة، أو الحاجة إلي اكتسابها قد أصبح علامة تحذيرية معروفة على نطاق واسع بين الآباء والمتخصصين في مجال الصحة العقلية بأن مرض التوحد قد يكون هو السبب. كذلك فإن المدارس الحكومية مجبرة وفق أحكام القانون على تقديم خدماتها للأطفال الذين يعانون مرض التوحد، وربما يكون ذلك قد ساعد

الأسر التي تسعى إلى الحصول على تشخيص رسمي، وفي واقع الأمر، فإن عدد الأطفال الذين تم تصنيفهم ضمن من يعانون اضطراب الطيف التوحدي المؤهلين للحصول على خدمات تعليمية خاصة قد ارتفع خلال الفترة ما بين عامي 1994 على 2006 بما يقدر بنحو 20000 طفل.

وعلى الرغم من أن تشخيص الإصابة بمرض التوحد يقوم في الكثير من جوانبه على جودة التشخيص والوعي والخدمات المقدمة، إلا أن معظم الخبراء يتفقون على زيادة عدد الحالات عما كانت عليه منذ 30 عاما سابقة.

ومع زيادة انتشار مرض التوحد، فإن هناك زيادة أخرى في الآباء والأسر الذين يدافعون عن أطفالهم، فقد ساور القلق الآباء بصفة خاصة حول إمكانية أن يكون مرض التوحد ناتجا عن اللقاح الذي يتم إعطاؤه بشكل روتيني إلي الأطفال في السنة الأولى والثانية، حيث يتم إعطاء اللقاح MMR مصل الحصبة والغدة النكفية للأطفال تقريبا عند السن التي تبدأ فيها أعراض وعلامات مرض التوحد في الظهور، ويرتبط بذلك القلق من أن المنتج الذي يتم استخدامه لحفظ هذه اللقاحات هو مادة يطلق عليها الثيمرسول Thimerosal وهي تحتوي على الزئبق الذى قد يكون هو المسئول عن مرض التوحد.

إلا أنه لا توجد حتى الآن أدلة تفيد بأن هناك علاقة ارتباط بين مرض التوحد وبين اللقاح MMR أو مادة الثيمرسول Thimerosal، فاللقاحات التي لم يتم تخزينها في مادة الـ Thimerosal أو حتى تلك التي تم تخزينها في مادة Thimerosal كانت تحتوي على كميات قليلة جداً من الزئبق CDC: www.cdc.gov/ncbddd/autism/vaccines.htm وقد اختبرت إحدى الدراسات عددا من أعراض التوحد التي أقرها جهاز ولاية كاليفورنيا للخدمات الإنمائية خلال الفترة ما بين عامي 1995 حتى 2007 Schecter& Grether, 2008، وقبل حلول عام 2011 تم استبدال كل الأجزاء التي تدخل مادة الثيمرسول Thimerosal في تصنيعها في لقاحات الأطفال، ولو أن مادة الثيمرسول Thimerosal كانت هي المسببة للتوحد، فإن خفضها كان ليقابله انخفاض في معدلات الإصابة بحالات جديدة من التوحد. إلا أن الدراسة قد وجدت أن هذا الربط غير



طلبت الهيئة الفيدرالية للعقاقير وضع تحذير في صندوق أسود على عبوات مضادات الاكتئاب فيما يتعلق باستخدام المراهقين لها

موجود في الحقيقة، وفي مايو من عام 2004، قام معهد الدواء والعلاج ينشر نتائج مراجعته الشاملة للأدلة المتاحة حول العلاقة بين لقاح MMR واضطراب التوحد، وقد خلص هذا التقرير إلي نتيجة مفادها أن لقاحات MMR ليست مسئولة عن مرض التوحد المعهد الطبي، 2004 .

اضطراب القلق من الانفصال:

يتسم اضطراب القلق من الانفصال Separation Anxiety Disorder بوجود قلق مستمر من أن هناك أذى سيصيب الوالدين عندما يكون الطفل بعيدا عنهما، فعندما يكون هؤلاء الأطفال في المنزل، فإنهم يحاولون الالتصاق بأحد والديهم أو بالاثنين كما الظل، ونظرا لأن المدرسة هي أولى الحالات التي تتطلب انفصالاً طويلاً ومتكرراً عن الوالدين، وغالبا ما تتم ملاحظة قلق الانفصال عندما يبدأ الطفل في الذهاب إلى المدرسة، وقد حدث تعديلان رئيسان في الإصدار الخامس أنه قد تم نقل هذا الجزء إلى الفصل الخاص باضطرابات القلق، وحذف شرط أن يحدث ذلك قبل عمر 18 عاما، وقد تم هذا نظرا لأن بعض البالغين قد يصابون باضطراب القلق من الانفصال.

معايير اضطراب قلق الانفصال بالدليل التشخيصي – الإصدار الخامس DMS-5:
قلق متزايد دون مبرر لوجوده، ويقوم على الخوف من الابتعاد عن البيت والوالدين أو أي أشخاص يرتبط بهم الفرد، وذلك من خلال ثلاث أعراض على الأقل، على أن تستمر الأعراض لمدة لا تقل عن 4 اسابيع في البالغين لابد وأن تستمر الأعراض لمدة 6 شهور أو أكثر
.

- الانزواء والشعور بالإحباط عند الانفصال.
- قلق متزايد من أن شيئا سيئا قد يحدث لأحد الوالدين أو الأشخاص الذين يتعلق بهم.
- رفض الذهاب إلى المدرسة أو كراهية الذهاب إليها أو على العمل أو أي مكان آخر.
- رفض أو كراهية النوم بعيدا عن المنزل.
- كوابيس حول الانفصال.
- شكاوى جسدية متكررة مثل: الصداع، ألم المعدة عند الانفصال.

وهناك اضطراب قلق آخر يشيع بين الأطفال والمراهقين هو اضطراب القلق الاجتماعي والذي أشار إليه الدليل التشخيصي في إصداره الرابع باسم الخوف الاجتماعي المرضي Social phobia، فالفصول الدراسية تضم واحدا أو اثنين على الأقل من الأطفال الذين يتسمون بالهدوء والخجل الشديد جداً، وغالبا فإن هؤلاء الأطفال لا يلعبون إلا مع أفراد الأسرة أو الأقران، فنراهم يتجنبون الأغراب سواء كانوا صغاراً أو كباراً، وقد يحول خجلهم دون اكتسابهم لبعض المهارات، والمشاركة في مختلف الأنشطة التي يستمتع بها معظم أقرانهم، وذلك لأنهم يتحاشون الذهاب إلي الملاعب، ويفضلون البقاء بعيدا عن الألعاب التي يمارسها الأطفال الآخرون، وقد يرفض الأطفال الذين يعانون الخجل المفرط التحدث على الإطلاق، في الظروف الاجتماعية غير المعتادة، وهي الحالة التي يطلق عليها "النزعة الانتقائية إلى الخرس/

النـزوع إلى الخـرس Selective Mutism، وفي الحجـرات المزدحمـة يلتصـق هـؤلاء الأطفـال بوالديهم ويهمسون لهم، ويقومون بالاختباء وراء قطع الأثـاث، والانـزواء في الأركـان، بـل قـد تصيبهم نوبات غضب. أما في المنـزل، فـإنهم لا يتوقفـون عـن توجيـه الأسـئلة لوالـديهم حـول المواقف التي تقلقهم، وعادة ما يكون لدى الأطفال المنسحبين علاقـات دافئـة تتسـم بالإشـباع والرضا مع أفراد الأسرة، وأصدقاء الأسرة، ويظهرون رغبة في العاطفة والحب والقبول.

تشير تقديرات انتشار الإصابة باضطراب القلق الاجتماعي بـين الأطفـال والبـالغين إلى مـا يقرب من واحد بالمئة Kashani& Orvaschel, 1990, Rapee et al., 2009 ويمثـل مشـكلة أكبر في فترة المراهقة خاصة لدى من يشغلهم رأي الآخرين فيهم، ويكون هذا أكبر من انشغال الأطفال برأي الآخرين فيهم.

بالنسبة للأطفال الذين تظهر عليهم نوبات الغضب كـما في حالـة الإسـاءة المزمنـة، أو العنف الاجتماعي أو الكوارث الطبيعية، فقد تظهر عليهم علامات اضطراب ضـغط مـا بعـد الصدمة Posttraumatic Stress Disorder PTSD مماثلة لتلك التي تظهر لدى البالغين. أما بالنسبة للبالغين، فإن هذه الأعراض يمكن تقسيمها ضمن أربعة تصنيفات أساسـية هـي: 1 إعادة تجسيد أو التعرض للحدث الصادم كما في الكوابيس، واسترجاع الأحداث أو الأفكار المترسبة، 2 تجنب المواقف أو المعلومات المرتبطة بهـذه الأحـداث، والتعـرض لفقـدان عـام للإحساس بـردود الفعـل، كـما في اللامبـالاة وعـدم الإحسـاس باللـذة، 3 التغـير السـلبي في الإدراك أو المزاج المرتبط بالحدث المحزن، 4 فرط التيقظ والذي يتضمن التقلقـل ومشـاكل النوم أو الأرق، والحذر الزائد Davis& Sigal, 2000 ، وتختلف بعض الأعراض عند الأطفال عن الأعراض عند البالغين، فعلي سبيل المثال قد يظهر الأطفال علامات القلقلة مـن الخـوف البالغ جدا وفقدان الأمل، وقد أضاف الإصـدار الخـامس معـايير منفصـلة لاضـطراب PTSD عند الأطفال بعمر 6 سنوات أو أصغر.

كما أن اضطراب الوسواس القهري يحدث عند الأطفال والبالغين، وتـتراوح نسـبة انتشـاره مـا بـين 1 إلى 4 بالمائـة Flament, Whitaker, Rapoport, et al., 1988, Heyman, Fombonne, Simmons, et al., 2003 ، وتتشابه الأعراض في مرحلـة الطفولـة مـع الأعـراض التي تظهر خلال مرحلة البلوغ، إذ تظهر الهواجس والقهر، وأكثر الهواجس شـيوعا خـلال فـترة الطفولة هو الشعور بالاتساخ أو عدم النظافة وكذلك العدوان وتتكرر الأفكار حول الجـنس أو الدين بحيث تصبح شائعة أثناء مرحلة المراهقة Turner, 2006 . ينتشر اضـطراب الوسـواس القهري عند الأطفال لدى الفتيان بصورة أكبر منها عند الفتيـات، ولكـن هـذا التمييـز الجـنسي يتلاشى أثناء فترتي البلوغ والمراهقة.

أسباب الإصابة باضطرابات القلق في مرحلتي الطفولة والبلوغ:

كما هى الحال لدى البالغين، فإن الجينات لها دور في حدوث القلق لدى الأطفال، ووفقا للتقديرات تقوم الوراثة بدور ما يتراوح بين 29 إلى 50 بالمائة حسبما أشارت إحدى الدراسات Lau, Gregory, Goldwin, et al., 2007 . إلا أن الجينات تقوم بدورها هذا عن طريق البيئة، فالجينات تلعب دورا أقوى فيما يتعلق بالإصابة بقلق الانفصال ضمن سياق أحداث الحياة السلبية التي قد يواجهها الطفل Lau et al., 2007 .



يتضمن اضطراب قلق الانفصال خوفا بالغا من الابتعاد عن الأبوين أو أي شخص آخر يرتبط به الطفل/ الشخص

تلعب الممارسات الأبوية دورا ضئيلا في الإصابة بالقلق الطفولي، خاصة ما يتعلق بفرط السيطرة أو الحمائية، مقارنة بدور الإقصاء الأبوي المرتبط بالقلق أثناء مرحلة الطفولة. لكن السيطرة الأبوية كانت تمثل 4 بالمائة من المتغيرات المرتبطة بالقلق الطفولي وفقا لما أسفرت عنه دراسة تحليلية موسعة شملت 47 دراسة McCleod, Weisz& Wood, 2007 . لذا فإن 96 بالمئة من المتغيرات ترتبط بعوامل أخرى، أما العوامل النفسية التي يمكن أن تنبئ بأعراض القلق عند الأطفال والمراهقين فتتضمن: مشكلات ضبط المشاعر، والشعور بعدم الأمان خلال مرحلة الطفولة المبكرة أو الرضاعة Bosquet& Egeland, 2006 .

تتشابه النظريات التي تناولت أسباب القلق الاجتماعي عند الأطفال بصفة عامة مع نظريات أسباب القلق عند البالغين، فعلى سبيل المثال، أظهرت الأبحاث أن الأطفال الذين يعانون اضطرابات القلق يبالغون في تقدير الخطر في العديد من المواقف، ويقللون من قدرتهم على التعايش معها Boegels& Zigterman, 2000 . إن القلق الذي ينشأ عن هذه الأفكار يحول دون حدوث التفاعل الاجتماعي، فيسبب تجنب الطفل للمواقف الاجتماعية، وبالتالي فإنه لن يتمكن من ممارسة أكثر للمهارات الاجتماعية، وفي مرحلة المراهقة تكون العلاقة مع الأقران بالغة الأهمية، فقد أشارت دراسة مطولة على وجه الخصوص إلى أن أولئك الذين لا يشعرون بقبول أقرانهم لهم يكون لديهم قلق اجتماعي أكبر من غيرهم Teachman& Allen, 2007 ، وهناك بحث آخر يشير إلى أن التعايش السلوكي هو عامل خطر مهم فيما يتعلق بتطور القلق الاجتماعي تمت مناقشة ذلك في الفصل

السادس أيضا ، فالأطفال الذين لـديهم مسـتويات عاليـة مـن التعـايش الاجتماعـي عنـد سـن الرابعة من العمر، كانوا هم الأقل تعرضـا للإصـابة بـالقلق الاجتماعـي بنسـبة تصـل إلى عشرة أضعاف من يصابون بالقلق الاجتماعي عند سن التاسعة Essex et al., 2010 .

أيضا تتشابه النظريات التي تتناول أسباب اضطراب PTSD عند الأطفـال مـع النظريـات التي تتناول هذه الأسباب عند البـالغين، فـلا بـد أن يكـون هنـاك تعـرض لصـدمة، سـواء كـان الشخص مشتركا فيها أو مشاهدا لها. ومثلهم مثل البـالغين، قـد يكـون الأطفـال الـذين لـديهم نزعة أو استعداد للإصابة بالقلق، معرضين لخطر أكبر بظهـور اضـطراب PTSD بعـد التعـرض للصدمة، وهناك عوامل خطورة محددة بالنسبة للأطفال، وهـي قـد تشـمل مسـتوى الضـغط الأسري، وطرق معيشة الأسرة، وتجارب الماضي مع الصدمة Martini, Ryan, Nakayama, et al., 1990 ، ويقول بعض المنظرين أو المتخصصين إن ردود أفعال الوالـدين تجـاه الصـدمة قـد يساعد في تقليل الأسى والمعاناة التي يشعر بها الأطفـال، وبشـكل أكـثر تحديـداً، عنـدما يظهـر الوالدان في سيطرة وهدوء في مواجهة الضغط، فقد يكون رد فعل الطفل أقل حدة Davis & Siegal, 2000 .

علاج القلق في مرحلة الطفولة، والمراهقة:

كيف يمكن التغلب على مخاوف الطفولة؟ كثير من هذه المخـاوف يـزول ويختفـي تمامـاً بمرور الوقت والنضج، وبالنسبة للجزء الأكبر، فـإن عـلاج هـذه المخـاوف يعتـبر مشـابها لـذلك العلاج الذي يستخدم مع البالغين، مع بعض التعديلات المناسبة، وذلك لجعله ملائمـاً للقـدرات المختلفة والظروف المختلفة في مرحلة الطفولة. إن التركيز الأساسي في هذه المعالجـات ينصـب على التعرض للشيء الذي يخافون منه، فملايين من الآباء يساعدون أطفـالهم في التغلـب عـلى هذه الصعوبات من خـلال تعريضـهم بشـكل تـدريجي للموضـوع أو الهـدف المثـير للخـوف، وغالباً ما يكون ذلك بالتصرف في وقت واحد وذلك لمنع القلـق عنـد الأطفـال، فـإذا مـا كانـت هناك فتاة صغيرة تخاف من الغرباء، فإن الأبوين سوف يأخذانها من يـدها ومـن ثـم يمضـيان ببطء نحو الشخص الجديد مع عرض وتقديم مكافآت للاقـتراب أكـثر مـن الهـدف المخيـف أو الموقف المخيف، وهذا من شأنه أيضا أن يعمل على تشجيع الطفل الخائف، وبالمقارنـة بطـرق المعالجة المستخدمة مع البالغين فإن الطرق الخاصة بالأطفال يمكن تعديلها باستخدام طريقـة التقليد مشاهدة شخص بالغ يقترب من الشيء المخيف والتعزيز.

تشير الأدلة إلى أن العلاج السلوكي المعرفي يمكن أن يسـاعد في عـلاج كثـير مـن الأطفـال المصـابين باضـطرابات القلـق Compton, Mrach, Brent et al., 2004, Davis& Whiting, 2011, Kendall, Safford, Flannery- Schroeder, et al., 2004 ، ويتضـمن هذا النوع من المعالجة بالتحديد العمل مع كل من الأطفـال والآبـاء، فعـلاوة عـلى التعـرض

للشيء المخيف فإنها تشمل التعليم النفسي وإعادة الهيكلية أو البناء المعرفي، والاقتداء وتدريب المهارات، ومنع الانتكاسة Kendall, Aschenbrand, Hudson, 2003, Velting, Setzer& Albano, 2004 ، ومن أوسع الطرق العلاجية استخداما طريقة يطلق عليها القطة المتعايشة Coping Cat Kendall et al., 2003 ، وهي طريقة يتم استخدامها مع الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين سن 7 سنوات و13 سنة، وهي تركز على مواجهة مشاعر الخوف، وابتكار طرق جديدة للتفكير في مشاعر الخوف، والتعرض لمواقف مخيفة، والممارسة أو التدريب، ومنع الانتكاسة. كذلك يشارك الأبوان في بعض الجلسات. هناك تجربتان طبيتان عشوائيتان منضبطتان على الأقل أظهرتا أن هذه الطريقة العلاجية هي طريقة فعالة Kendall, Flannery- Schroeder, Panichelli- Mindel, et al, 1997, Kendall et al., 2004 ، وفي دراسة متابعة تم إجراؤها على الأطفال الذين تلقوا العلاج بهذه الطريقة، وجدت أنه بعد مرور 7 سنوات، كان معظم الأطفال الذين خضعوا للعلاج لا ينتابهم القلق وكانوا أقل عرضة لاستخدام وتعاطي المخدرات مثل الكحول أو الماريجوانا من الأطفال الذين كان العلاج أقل فاعلية بالنسبة لهم Kendall et al., 2004 .

أجرى فيليب كاندل وزملاؤه متابعة عشوائية لمقارنة المعالجة المعرفية السلوكية الفردية، والعائلية والتثقيف النفسي العائلي عند معالجة الأطفال المصابين بالقلق، وقد استخدمت طرق العلاج المعرفي السلوكي الفردي والسلوكي لدى الأفراد والعائلات على الطريقة التي تضمنها كتاب القطة المعايشة، وكان كلاهما أكثر فاعلية من التثقيف النفسي الأسري فيما يتعلق بتقليل القلق Kendall, Hudson, Gosch, et al, 2008 واستمرت الآثار طوال عام بعد المعالجة، وكان العلاج المعرفي السلوكي الأسري أكثر فاعلية من العلاج المعرفي السلوكي الفردي عند إصابة كلا الوالدين باضطراب القلق. تشير هذه الدراسة إلى أهمية الانتباه ليس إلى الطفل المصاب بالقلق وحده، بل بمستويات القلق لدى والديه عند علاج القلق في مرحلة الطفولة. كما أن دراسة أخرى درست طريقة القطة المتعايشة وحدها، ثم بمزجها بعقار سيرترالين Zoloft Sertraline عند علاج الأطفال المصابين بقلق الانفصال، والقلق العام، وقد وجدت الدراسة أن المعالجة المختلطة كانت أكثر فاعلية من طريقة القطة المتعايشة أو العلاج الدوائي منفصلتين Walkup, Albano, Piacentini, et al., 2008 . وبالنسبة لأعلى مستويات الاعتلال المشترك في هذه العينة، فإن المعالجة المختلطة لها تأثير جيد في معالجة مشكلات القلق الأكثر حدة، ومن الأهمية بموضع أن تتكرر هذه النتائج في دراسة أخرى.

إن العلاج السلوكي والعلاج السلوكي المعرفي الجماعية كان لهما فاعل الأثر في علاج اضطراب القلق الاجتماعي في الأطفال Davis& Whiting, 2011 ، وهناك القليل من الدراسات التي تناولت فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في علاج اضطراب الوسواس

القهري لدى الأطفال والمراهقين، فهناك أربع دراسات عشوائية فقط هي التي تم نشرها حول المعالجات السريرية، وهناك بحثان أشارا إلى أن العلاج المعرفي السلوكي كان فعالا في معالجة الأطفال والمراهقين Davis& Whiting, 2011, Freeman, Choate- Summers, Moore, et al. 2007 . يبدو أن العلاج السلوكي المعرفي متساو في الفاعلية مع العلاج الدوائي، واستخدام العلاج المعرفي السلوكي مع العلاج الدوائي يكون أكثر فاعلية من استخدام العلاج الدوائي وحده O'Kearney, Anstey & von Saden, et al. 2006 . غير أنه بالنسبة للأطفال والمراهقين المصابين بالاضطراب الوسواسي القهري الحاد فإن الجمع بين العلاج المعرفي السلوكي واستخدام عقار سيرترالين Zoloft Sertraline كان أكثر فاعلية من العلاج المعرفي السلوكي وحده فريق دراسة علاج اضطراب الوسواس القهري دراسة POTS ، 2004 . لا يبدو أن العلاج السلوكي المعرفي فعالا مع الأطفال صغار السن مثل: العمر 3-4 سنوات . أما طرق المعالجة الأخرى فتتضمن العلاج بالقراءة "bibliotherapy" والعلاج بمساعدة الحاسب الآلي، وكلاهما قد أظهر نتائج مبشرة. بالنسبة للعلاج بالقراءة يعطى للأطفال مواد مكتوبة ويراجعها معهم المعالج أو الأبوان، وعلى الرغم من فاعلية ذلك في تقليل القلق خلال فترة الطفولة، إلا أنه لم يكن بذات فاعلية العلاج المعرفي السلوكي الجماعي Rapee, Abbott& Lyneham, 2006 .

هناك دراسات قليلة سعت إلى تقييم فاعلية علاج اضطراب ما بعد الصدمة اضطراب الكرب التالي للرضخ PTSD عند الأطفال والمراهقين، إلا أن الدراسات المتاحة تشير إلى العلاجات المعرفية السلوكية سواء كانت منفردة أو جماعية فعالة في علاج الأطفال والمراهقين الذين يعانون اضطراب ما بعد الصدمة PTSD .

نبذة سريعة:

يشار إلى اضطرابات القلق والاكتئاب عند الأطفال بأنها اضطرابات داخلية، فالاكتئاب في مرحلتي الطفولة والمراهقة يبدو مشابهاً للاكتئاب في مرحلة البلوغ بالرغم من وجود اختلافات ملحوظة، ففي مرحلة الطفولة، يؤثر الاكتئاب على الفتيان بنفس درجة تأثيره على الفتيات، ولكن في مرحلة المراهقة، يكون تأثر الفتيات ضعف تأثر الفتيان. تلعب الجينات وأحداث الحياة المفجعة دورا في حدوث الاكتئاب خلال مرحلة الطفولة، وتدعم الأبحاث حول العوامل المعرفية في اكتئاب الطفولة فكرة أن النمط الاتكالي قد يلعب دورا هو الآخر، كما أن هذا البحث يأخذ بعين الاعتبار مرحلة النمو التي يمر بها الطفل. يواجه علاج الاكتئاب عند الأطفال قدراً كبيراً من الجدل، على الأقل العلاج الدوائي، وقد وجدت تجربة طبية عشوائية حديثة أن المزج بين العلاج بالدواء وطريقة

المعالجة السلوكية المعرفية هو الطريقة الأكثر فاعلية في العلاج، وهناك حاجة لدراسة المخاوف من خطر الانتحار نتيجة للعلاج الدوائي.

يحدث القلق والخوف بصورة معتادة خلال مرحلة الطفولة، وعندما يعيق القلق والخوف القيام بالوظائف، مثل تكاسل الطفل عن الذهاب إلي المدرسة، فيجوز حينئذ التدخل العلاجي. تتشابه النظريات حول أسباب اضطراب القلق في الطفولة مع نظريات القلق في مرحلة البلوغ، وبالرغم من أن هناك أبحاثا قليلة تم إجراؤها مع الأطفال حول العوامل المعرفية مثلا. تعتبر المعالجة السلوكية المعرفية علاجاً فعالاً بالنسبة لعدد من اضطرابات القلق المختلفة في مرحلة الطفولة، كما أن هناك مشاكل أخرى تحدث في مرحلة الطفولة مثل اضطراب PTSP تحتاج إلي إجراء دراسات إضافية.

حالة طبية سريرية : تيم Tim

كان تيم طالباً منذ عدة أعوام في إحدى الدورات الدراسية التي كنا نقوم بتدريسها قبل التخرج، وقد أظهر تيم نموذجاً عجيباً من جوانب القوة والضعف، فقد كانت تعليقاته في الفصل نموذجية، إلا أن خط كتابته كان غامضا، ومن العسير فك رموزه في بعض الأحيان، كما أن نطقه كان سيئا للغاية، وبعد أن لاحظ المحاضر هذه المشكلات خلال اختبار منتصف العام. فتوجه إليه تيم وأوضح له أنه يعاني خللا في الدماغ يسبب صعوبة في القراءة والكتابة، وأن هذا يكلفه وقتا طويلاً وكبيراً في قراءة الواجبات الأسبوعية، وكذلك في كتابة الأبحاث والامتحانات، فقرر المحاضر إعطاءه وقتاً إضافياً بالنسبة للواجب الكتابي، وذلك لأنه كان من الواضح أنه يتمتع بذكاء مدهش، ولديه حافز قوي للتفوق، وحين حصل على هذه الفرصة حصل على علامة ممتاز في الدورة، وعندما تخرج تم قبوله بإحدى كليات الحقوق المرموقة.

صعوبات التعلم:

صعوبة التعلم Learning Disability هي حالة يظهر فيها الشخص مشكلة في منطقة محددة من المهارات الأكاديمية، أو اللغوية أو الكلامية أو الحركية نتيجة لإعاقة ذهنية، أو اضطراب بالقدرات التعليمية. عادة ما يكون مستوى ذكاء الأطفال المصابين بصعوبة التعلم متوسطا أو أعلى من المتوسط، إلا أن لديهم صعوبات في تعلم بعض المهارات المحددة في المنطقة المصابة مثل: الحساب أو القراءة وهذا يعيق تطورهم الدراسي.

الأوصاف السريرية:

لا يستخدم الدليل التشخيصي في إصداره الخامس مصطلح "صعوبة التعلم Learning Disability"، ولكن يشيع استخدامه بين معظم المتخصصين في مجال الصحة العقلية، ليشيروا به إلى ثلاثة أنواع من الاضطرابات التي حددها الدليل التشخيصي، خاصة

معيـار الـدليل التشـخيصي DSM-5 لاضطراب التعلم:
- صعوبات في تعلم المهارات الأكاديمية الرئيسـية القـراءة، والرياضـيات، والكتابة بما يخالف مستوى عمـر الشـخص، ودراسـته، وذكائـه وأن يستمر ذلك لمدة لا تقـل عـن سـتة شهور.
- التعـارض الواضـح مـع التحصـيل أو النشاط الأكاديمي أو الحياة اليومية.

اضـطرابات الـتعلم Learning Disability، واضـطرابات الاتصـــال Communication Disorders واضــــطراب المهـارات الحركيـةMotor Skills Disorders، ويعـرض جـدول 13-3 وصـفا مخـتصرا لهـذه الاضـطرابات الثلاثـة وكـذلك تـم تناولهـا في الفصـل المعنـون اضـطرابات النمـو العصبية ، وقد ينطبق أي من هذه الاضطرابات الثلاثة عـلى الطفل الذي يفشـل في تحقيـق الدرجـة التـي تتناسـب مـع مسـتواه أو مسـتواه العقـلي في إحـدى المنـاطق الأكاديميـة الدراسـية أو اللغويـة أو الحركيـة، يـتم تحديـد وعـلاج صعوبات التعلم داخل النظام المدرسي غالبا، ولـيس مـن خـلال عيـادات الصحة العقليـة. تشـير دراسة قديمة إلي شيوع الاضطرابات بشـكل واضـح بـين الفتيـان فقـط Shaywitz, Shaywitz, Fletcher, et al., 1990 ، إلا أن دراسة حديثـة شـملت أربـع عينـات موسـعة للانتشـار المـرضي أبانت أن اضطرابات القراءة على الأقل تعتبر أكثر انتشارا بين الفتيان عنها عند الفتيـات Rutter, Caspi, Fergusson, et al., 2004 ، وتشـير معـدلات الانتشـار بالنسـبة لفئـة محـددة مـن اضـطرابات الـتعلم التـي تتضـمن القـراءة والحسـاب Dyslexia - Dyscalculia إلى أنهـا هـي نفسها، وأنها تتراوح ما بين 4 إلى 7 بالمئة لدى الأطفال Landerl, Fussenegger, Moll, et al., 2009 .

أسباب اضطرابات التعلم:



كـيرا نـايتلي Keira Knightly، ممثلة لامعة تعاني عسر القراءة

تركز معظم الأبحـاث التـي تتنـاول صـعوبات الـتعلم عـلى صعوبة القراءة والكتابة Dyslexia، ولعل السبب في هـذا يرجـع إلى أنها أكثر هذه الاضطرابات انتشاراً، فهو يؤثر على ما بين 5 إلى 10 بالمئة عند الأطفـال في سـن المدرسـة، وفي الـدليل التشـخيصي الخامس لم يتم تصنيف صعوبات القراءة أو صـعوبات الحسـاب بوصف أي منهما كاضطراب مستقل منفصل، وبدلا من ذلك تـم إدراجهما ضمن التصنيف الخاص بصعوبات الـتعلم، والسـبب في ذلك هو كثرة الأبحـاث التـي تناولـت صـعوبة القـراءة والكتابـة، والذي سنتناوله هنا بالتفصيل. لا تزال الأبحاث تتحرك ببطء فيما يتعلق بصعوبات الحسـاب، وهـذا مـا أثـر عـلى التغيـيرات التـي تضمنها الدليل التشخيصي- الإصدار الخامس.

جدول 13-3: اضطرابات التعلم، والتواصل، والحركة في الدليل التشخيصي- الإصدار الخامس

اضطراب التعلم المحدد، ويتضمن المحددات التالية:	
عسر القراءة Dyslexia كان يعرف سابقا باسم اضطراب القراءة وتتضمن صعوبات بالغة في التعرف على الكلمات، واستيعاب القراءة، وكذلك أخطاء الإملاء المعتادة. عسر الحساب Dyscalculia كان يعرف سابقا باسم اضطراب الرياضيات ويتضمن صعوبات في تكوين وفهم الأعداد والكميات والعمليات الحسابية الرئيسة.	
اضطرابات التواصل، تتضمن:	
الاضطرابات الصوتية في الكلام Speech Sound Disorder كانت تعرف سابقا باسم الاضطراب الصوتي وتتضمن الفهم الصحيح والاستخدام المناسب للمفردات، إلا أن طريقة اللفظ والنطق تكون غير واضحة، فعلى سبيل المثال يتم نطق كلمة "أزرق" بالقول "أزق" وكلمة "أرنب" بكلمة "أنب"، ويمكن الوصول للشفاء التام من خلال المعالجة الكلامية في معظم الحالات، ويمكن أن تصل بعض الحالات إلى الشفاء التام بصورة عفوية قبل سن الثامنة. اضطراب الطلاقة منذ الطفولة Childhood Onset Fluency Disorder التأتأة- stuttering هو اضطراب في الطلاقة اللفظية والتي تتميز بواحد أو أكثر من الأنماط التالية: ترديد الكلمات أو إطالة نطق بعض الأحرف أو التوقف الطويل بين الكلمات، أو تبديل الكلمات سهلة النطق بكلمات أخرى أصعب مثل الكلمات التي تبدأ بحروف ساكنة أو تكرار الكلمة كلها مثل القول أنا..أنا..أنا.. بدلا من قول أنا ، ويذكر الدليل التشخيصي في إصداره الرابع أن نحو 80% من الحالات المصابة بالتأتأة يتم شفاؤها دون التدخل العلاجي في غالبيتها ويتم ذلك قبل سن السادسة عشرة. اضطراب اللغة Language Disorder يتضمن اضطرابات اللغة التعبيرية والاستقبالية المختلطة المذكورة بالإصدار الرابع من الدليل التشخيصي . اضطراب التواصل الاجتماعي النفعي جديد في الإصدار الخامس	
الاضطرابات الحركية، تتضمن:	
متلازمة توريت Tourette's Disorder وتتضمن واحدا أو أكثر من الاختلاجات الصوتية او الحركية التحرك المفاجئ، سرعة الحركة أو النطق ، وتظهر قبل سن الثامنة عشرة.	

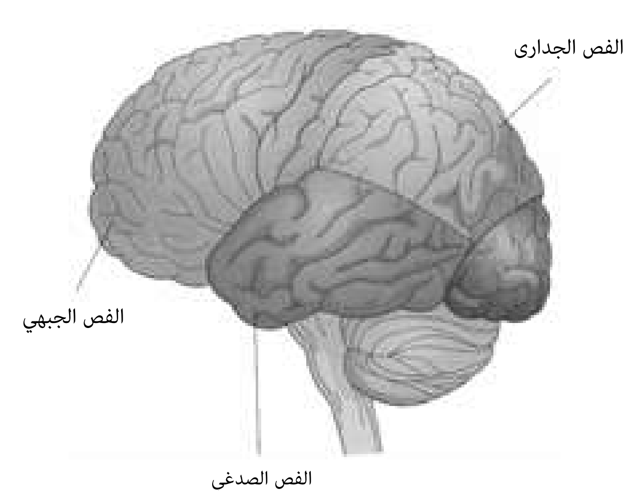
	اضـطراب الأداء التنمـوي Developmental Coordination Disorder كـان يعرف سابقا باسم اضطراب المهارات الحركية وتتضمن إعاقات في تطور التوافـق الحركي التي لا يمكن تفسيرها وفق الإعاقة الذهنية أو كاضطراب ناتج عن الشلل الدماغي. اضطراب الحركة النمطي Stereotypic Movement Disorder ويتضمن القيام بحركات غـير مقصـودة وتكرارهـا تـارة بعـد أخـرى وبصـورة تتعـارض مـع الأداء الوظيفي وقد تؤدي إلى إيذاء الذات.

أسباب عسر القراءة Dyslexia:

تؤكد دراسات الأسرة ودراسـات التـوائم أن هنـاك عـنصراً وراثيـا يـؤدي إلى حـدوث عسر القراءة Pennington, 1995, Raskind,2001 . علاوة على ذلك فإن الجينات المرتبطة بـعسر القراءة هي نفسها الجينات المرتبطة بالقدرات النمطية للقـراءة Plomin & Kovas, 2005 ، ويطلق على هذه الجينات اسم الجينات العامـة غـير المتخصصـة ولهـا دور مهـم في فهـم مـا يتعلق بالقدرات الطبيعيـة وغـير الطبيعيـة المتعلقـة بـالقراءة. كـذلك فقـد تناولـت الأبحـاث التداخلات الجينية - البيئية في عسر القراءة، وهنا نرى دليلا على الارتباط الوراثي بعسر القراءة ووفقا للمستوى التعليمي للوالدين. يتزايد دور الجينات في عسر القراءة لـدى الأطفـال الـذين ينخفض المسـتوى التعليمـي لوالـديهم Friend, DeFries, Olson, et al., 2009, Kremen, Jacobson, Xian, et al., 2005 . إن البيوت التي تضـم والـدين ذوى مسـتوى تعليمـي عـال تشجع على القراءة وتتيح للطفل فرصة أكبر لممارستها، وفي هذا النوع من البيئات يكون خطـر الإصابة بعسر القراءة مرتبطا بالتداخل بين الجينات الوراثية.

هناك إجماع بين الباحثين في الوقت الحالي على أن العيـوب الجوهريـة في اضـطراب عسر القراءة تتضمن مشاكل في معالجة اللغة. تؤيـد الأدلـة الصـادرة عـن الدراسـات السـيكولوجية والنفسية العصبية، والتصوير العصبي هـذا المضـمون. تشـير الأبحـاث إلي واحـدة أو أكـثر مـن المشاكل في تعلم اللغة، باعتبارها المسئولة عن عسر القراءة وتشمل القـدرة عـلى فهـم الكـلام، وتحليل معاني الأصوات اللغوية التي يتم التحدث بها وعلاقتها بـالكلمات المكتوبـة Mann& Brady, 1988 ، وصعوبة تسمية الأشياء المألوفة بسرعة Scarborough, 1990, Wolf, Bally & Morris, 1986 والتـأخر في تعلـم قواعـد النحـو Scarborough, 1990 ، ومعظـم هـذه العملية تقع ضمن ما يطلق عليه الوعي الصـوتي Phonological Awareness، والـذي يسـود اعتقاد بأنه يمثل عنصراً حاسماً في تطور ونمو مهارات القراءة.

تؤيد الدراسات التي تستخدم أساليب ووسائل تصوير المخ - الفكرة القائلة بأن الأطفال الذين يعانون عسر القراءة يعانون مشكلة في الوعي الصوتي، وتظهر هذه الدراسات أن المناطق الصدغية في جدار المخ الخلفي الأعلى تشترك بصورة أساسية في الإصابة بعسر القراءة راجع شكل 13-7 .



الشكل 13-7: مناطق المخ المرتبطة بعسر القراءة تتضمن أجزاء من الفص الجداري والفص الصدغي، على الأقل في اللغات الغربية

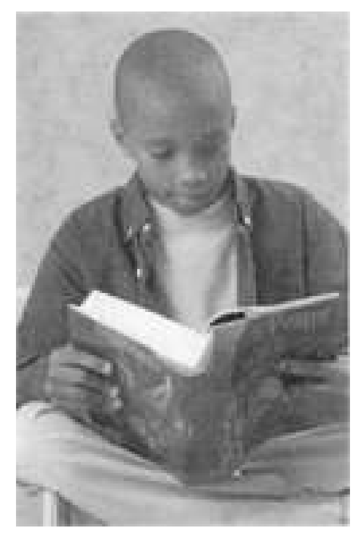
على سبيل المثال دراسة اعتمدت على تصوير بالرنين المغناطيسي الوظيفي FMRI، وجدت أن الأطفال المصابين بعسر القراءة فشلوا في تنشيط المنطقة الجدارية الصدغية أثناء أداء مهمة المعالجة الصوتية Temple, Poldrack, Salidas et al., 2001 . وجدت دراسة أكبر تستخدم FMRI أن الأطفال المصابين بعسر القراءة قد أظهروا نشاطاً أقل في المنطقة الجدارية الصدغية اليسرى والمناطق الصدغية أثناء قيامهم ببعض المهام ذات الصلة بالقراءة مثل تحدي الحروف ونطق الكلمات Shaywitz, Shaywitz, Paugh, et al., 2002 . كما أن إحدى الدراسات العلاجية الحديثة قد أوضحت أنه بعد مرور عام من العلاج المكثف لعسر القراءة، تحسنت قراءة الأطفال المصابين بعسر القراءة، وأوضحت أيضاً وجود نشاط أكبر في المناطق الجدارية الصدغية والمناطق الصدغية أثناء إتمام أحد واجبات القراءة بالمقارنة بمجموعة من الأطفال الذين لم يتلقوا علاجاً مكثفاً Shaywitz, Shaywitz, Blachman, et al., 2004 .

وباستخدام تصوير بالرنين المغناطيسي الوظيفي ظهرت نتائج مشابهة مع البالغين المصابين بعسر القراءة Horwitz, Rumsey& Donhue, 1998, Klingberg, Hedehus, Temple, et al., 2000 . قامت دراسة FMRI بفحص ثلاثة أنواع مختلفة من القراء Shaywitz, Shaywitz, Fulbright, et al., 2003 . سميت المجموعة الأولى باسم - القراء الذين يعانون الضعف الدائم PPR وهم الذين عانوا مشاكل في القراءة بشكل

مبكر في المدرسة الصف الثاني وبشكل متأخر في المدرسة الصف التاسع أو العاشر . المجموعة الثانية أطلق عليها القراء المتحسنين في الدقة AI ، وهم الذين عانوا صعوبة في القراءة في مرحلة مبكرة من المدرسة، إلا أنهم لم يعانوا هذه الصعوبة بعد ذلك. المجموعة الثالثة تم تسميتها القراء غير الضعفاء NI ، وهم الذين لم يمروا بصعوبة في القراءة سواء في المرحلة المبكرة أو المتأخرة من المدرسة. أما مهام القراءة السلوكية التي يتم إنجازها خارج المسح، فإن مجموعة القراء PPR كانت أكثر ضعفاً من مجموعتي AI, NI، وفي العديد من الاختبارات، أظهرت مجموعة القراء المتحسنين في الدقة AI أداء مماثلاً لأداء مجموعة القراء غير الضعفاء NI، مما يشير إلي أن هذه المجموعة قد قامت بتخطي مشاكل القراءة التي كانت تعانيها في مرحلة مبكرة. كذا فإن نتائج تصوير المخ قد كشفت عن أمر آخر، وبالتحديد فإن مجموعة القراء غير الضعفاء NI قد قامت بتنشيط المناطق التقليدية في المخ والمرتبطة بالقراءة وهي المناطق الجدارية الصدغية، وعلى أي حال فإن مجموعة AI لم تظهر الكثير من النشاط في هذه المناطق ولكنها أظهرت نشاطا في مناطق في الجانب الأيمن من المخ، وموضحة أن تعويض مشكلات القراءة المبكرة يعتمد على مناطق المخ وليس على القراءة ذاتها كما هو شائع. كذلك فمن بين ما يثير التناقض أن مجموعة PPR قد أظهرت نشاطاً في الجانب الأيسر من المخ المرتبط بعملية القراءة. إلا أن هذه المجموعة من القراء الضعفاء قد أظهرت نشاطا في مناطق أخرى من المخ مرتبطة بالذاكرة وهو ما يوضح أن هذه المجموعة كانت تحاول الاعتماد على تذكر الكلمات لكي تتمكن من القراءة بدلا من الاعتماد على مناطق اللغة، والتي لا يتم استخدامها بفاعلية أكبر في عملية القراءة.

علينا أن نلحظ أن دراسات FMRI التي أشرنا إليها فيما سبق، قد تم إجراؤها مع أطفال وبالغين من الولايات المتحدة يتحدثون الإنجليزية، وفشلت إحدى الدراسات التي تم إجراؤها مع أطفال صينيين مصابين باضطراب القراءة في اكتشاف مشكلة بالمنطقة الجدارية الصدغية بالمخ أثناء قيامهم بالقراءة، وبدلا من ذلك فإن التلفيقة الأمامية الوسطى من المخ قد أظهرت نشاطا أقل Siok, Perfertti, Lin, et al., 2004 . حسب الباحثون أن الاختلافات الموجودة بين اللغتين الإنجليزية والصينية ربما تكون مسئولة عن الاختلاف بين المناطق المذكورة في المخ، فقراءة اللغة الإنجليزية تتطلب تجميع الحروف التي تمثل أصواتاً، أما قراءة اللغة الصينية فإنها تتطلب على العكس تجميع الرموز التي تمثل معاني، وفي واقع الأمر فإن قراءة اللغة الصينية تتطلب إتقان ما يقرب 6000 رمز مختلف. لذا فإن الصينية تعتمد بشكل أكبر على التلقي المرئي، بينما تعتمد الإنجليزية بشكل أكبر على التلقي الصوتي.

أسباب عسر الحساب Dyscalculia:



طرق العلاج الحديثة لعسر القراءة ساعدت في تحسين قراءة الأطفال

هناك أدلة على بعض التأثير الوراثي على الاختلافات بين الأفراد في مهارات الرياضيات - وبالتحديد النوع المتعلق بصعوبة الرياضيات الذي يتضمن ذاكرة لفظية ضعيفة، هذا النوع يعتبر الأكثر عرضة للانتقال بالوراثة. أشارت دراسة تم إجراؤها على ما يزيد على 250 زوجاً من التوائم قام بها مركز كولورادو لدراسة صعوبات التعلم إلى أن العوامل الوراثية الشائعة تشمل كلا من العيوب الرياضية وعيوب القراءة عند الأطفال المصابين بكلا الاضطرابين Gillis& Defries, 1991, Plomin& Kovas, 2005 . علاوة على أن هذا الدليل يشير إلى أن أي جين مرتبط بعسر الحساب يكون أيضا مرتبطا بالقدرات الحسابية Plomin& Kovas, 2005 .

تشير دراسات تصوير المخ التي أجريت على الأشخاص الذين يعانون عسر الحساب إلى أن مناطق الفص الصدغي تكون أقل نشاطا خلال العمليات التي تحتاج إلى أنشطة حسابية، خاصة تلك المنطقة المسماة "التلم داخل الفص الجداري intraparietal sulcus" والمرتبطة بعسر الحساب Wilson, Dehaene, 2007 .

قام الباحثون بدراسة ما إذا كان هناك ارتباط بين عسر الحساب وعسر القراءة فيما يتعلق بالخلل المعرفي المرتبط بكليهما بوصفهما من اضطرابات التعلم، واتضح أن الأطفال الذين يعانون مشكلات في الوعي الصوتي قد لا تظهر لديهم مشكلات في القراءة فقط بل وفي تحديد الرموز والأرقام الرياضية. ورغما عن ذلك، يوضح هذا الدليل أن هناك تباينا بين كلا الاضطرابين Jordan, 2007 ، وإذا ما زاد عسر القراءة فإن ذلك يجعل الأمر أسوأ مع عسر الحساب، إلا أن الخلل المعرفي لكل منهما يبدو مختلفا في جوهره. يعاني الأطفال المصابون بعسر القراءة وعسر الحساب معا خللا في الوعي الصوتي بينما لا يعاني الأطفال المصابون من عسر الحساب هذا الخلل. كذلك فإن الأطفال المصابين بعسر الحساب يعانون صعوبة في المهام التي تتطلب التعامل مع الأعداد سواء المكتوبة أو باستخدام الآلة الحاسبة وكذلك فيما يتعلق بقياس الحجم، بينما لا يعاني الأطفال المصابون بعسر القراءة ذلك Landerl, et al., 2009 .

علاج صعوبات التعلم:

هناك العديد من الخطط التي يتم اتباعها لعلاج صعوبات التعلم، في كل من المدرسة، والدروس الخصوصية، فالطرق اللغوية التقليدية التي يتم استخدامها في حالات صعوبات القراءة والكتابة تركز على تعلم مهارات الاستماع والتحدث، والقراءة والكتابة بأسلوب منطقي ومتدرج، ومتعدد المعاني مثل القراءة بصوت مسموع تحت إشراف أحد الأقارب. وبالنسبة للأطفال الصغار فإن مهارات القراءة مثل التمييز بين الحروف، والتحليل الصوتي وتعلم إجراء عمليات مطابقة بين الحرف والصوت، قد يكون من الضروري تعلمها قبل طلب القراءة، وتشير التعليمات الصوتية إلى أن ذلك يساعد الأطفال على التمكن من تحويل الأصوات إلى كلمات National Institute of Child Health and Human Development, 2000 ، وتشير النتائج الصادرة عن الهيئة القومية للقراءة والتي تضمنت مراجعة شاملة للأبحاث التي تم إجراؤها حول تعليم الأطفال القراءة، التي تشير إلي أن تعليم الصوتيات مفيد جداً للأطفال الذين يعانون صعوبات القراءة. وكما ذكرنا في الحالة السريرية "تيم"، فإن الأفراد الذين يعانون عسر القراءة dyslexia غالباً ما يستطيعون النجاح في الكلية بمساعدة وسائل التشجيع التعليمية مثل المحاضرات المسجلة أو محاضرات التعلم عن بعد عبر الإنترنت، والاختبارات غير محددة الوقت. يلزم القانون الكليات بأن تقوم بتقديم خدمات خاصة لمساعدة مثل هؤلاء الطلاب، كما أن المدارس الحكومية ملزمة بتقديم تخطيط مهني ووظيفي انتقالي للمراهقين الأكبر سنا والذين يعانون صعوبات التعلم.

ومن بين الطرق المبشرة في علاج اضطرابات التواصل Merzenich, Jenkins, Johnson, et al., 1996, Tallal, Miller, Bedi, et al., 1996 بناء على النتائج السابقة القائلة بأن الأطفال المصابين بهذه الاضطرابات يعانون صعوبات في التمييز بين أصوات معينة.حيث قام الباحثون بابتكار ألعاب خاصة على الكمبيوتر وأشرطة سماعية تعمل على إبطاء أصوات الكلام.وبعد التدريب المكثف على هذه المثيرات أو منبهات الكلام المعدلة والمتغيرة لمدة شهر، أصبح الأطفال المصابون باضطرابات حادة في اللغة قادرين على تحسين مهاراتهم اللغوية بمرور عامين تقريباً، إلي أن وصلوا إلي النقطة التي يستطيعون عندها تقديم أداء مشابه تماماً للأداء الذي يقدمه الأطفال النامون. وهناك تدريب مشابه يقدم باستخدام منبهات كلامية Speech Stimui غير معدلة أو منبهات غير مكيفة تساعد على الكلام، هذا التدريب كانت نتائجه تتسم بتحقيق تقدم ضئيل للغاية.

وبناء على نتائجهم المبدئية المشجعة، قام هؤلاء الباحثون بتوسيع العلاج والذي يطلق عليه الآن fast for word وقاموا بإجراء دراسة أوسع شملت 500 طفل من الولايات المتحدة وكندا، وقد حصل الأطفال على تدريب يومي لمدة من 6: 8 أسابيع، وأشارت النتائج مرة أخرى إلى أن العلاج كان فعالاً، فقد تحسن الأطفال في التحدث، وفى

مهارات اللغة، وفي مهارات التلقي السماعي وذلك خلال عام ونصف العام Tallal, Merzenich, Miller, et al., 1998 . يرى الباحثون أن هذه الطريقة في التدريب قد تعمل أيضا على الوقاية من عسر القراءة dyslexia، وذلك لأن العديد من الأطفال المصابين باضطراب القراءة عانوا صعوبات في فهم اللغة عندما كانوا صغارا.

من المحتمل أن معظم الأطفال المصابين بصعوبات التعلم تعرضوا لقدر هائل من الإحباط والفشل، مما يقلل من حماسهم وثقتهم. ومهما كان نسق البرامج العلاجية، فإنه ينبغي عليها أن تقدم الفرص للأطفال لأن يجربوا الإحساس بالإتقان والكفاءة الذاتية. كما أن منح المكافآت على الإنجازات الصغيرة يمكن أن يكون مفيداً في زيادة الحافز لدى الأطفال، وهذا يساعد الطفل في تركيز الانتباه في المهمة التعليمية، ويقلل من المشاكل السلوكية، الناتجة عن الشعور بالإحباط.

الإعاقة العقلية Intellectual Disability :

تضمن الدليل التشخيصي في إصداره الرابع تعبير التخلف العقلي Mental Retardation ليشير إلى ما نسميه هنا في الإصدار الخامس باسم الإعاقة العقلية Intellectual Disability. لكن ما السبب في هذا التغيير؟ خاصة وأن كثيرا من الناس قد اعتادوا على مصطلح التخلف العقلي. لكنه ليس المصطلح الذي يستخدمه المهنيون العاملون في مجال الصحة العقلية، بل ولا يفضلونه، ولعل السبب في ذلك هو الحساسية المرتبطة باستخدام هذا المصطلح القديم، وفي واقع الأمر فإن معظم المهنيين العاملين في مجال الصحة العقلية يتبعون الإرشادات الخاصة بالجمعية الأمريكية للإعاقة الفكرية والنمائية AAIDD أكثر مما يتبعون معايير الدليل التشخيصي DSM.

الجمعية الأمريكية للإعاقة الفكرية والنمائية AAIDD هي منظمة مهمتها "نشر سياسات تقدمية، وأبحاث رصينة، وممارسات فعالة، وحقوق إنسانية عالمية لمن يعانون الإعاقات العقلية" AAIDD: www.aaidd.org ، وقد قامت هذه المنظمة بتغيير اسمها في عام 2006 حيث كانت تعرف باسم " الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي، وهذا يوضح لنا كم أن المصطلح الجديد "الإعاقة العقلية" هو الأكثر تفضيلا من مصطلح "التخلف العقلي" Schalock, Luckasson, Shogren, et al, 2007 . لقد أنشئت الجمعية الأمريكية للإعاقة الفكرية والنمائية AAIDD عام 1876، وتنشر أدلة إرشادية تحدد وتشخص الإعاقات العقلية والتي لا يتم الانتباه إليها في تحديد شدة الإعاقة، وتحدد الخطوات اللازمة لتوفير أعلى أداء.

تم نشر الإصدار الحادي عشر من الدليل الإرشادي للجمعية الأمريكية للإعاقة الفكرية والنمائية AAIDD ، والفارق الأساسي بين الإصدار المنشور عام 2010

والإصدار المنشور عام 2002 هو استخدام هذا الاسم الجديد. الآن، يستخدم مصطلح "الإعاقة العقلية" بدلا من "التخلف العقلي". يلخص جدول 13-4 الإرشادات الحالية للجمعية الأمريكية للإعاقة الفكرية والنمائية AAIDD .

جدول 13-4 : تعريف الإعاقة العقلية وفق الجمعية الأمريكية للإعاقة الفكرية والنمائية AAIDD

تتميز الإعاقة العقلية بوجود إعاقة ملحوظة سواء في الوظائف الفكرية أو في السلوك التكيفي كما هو يظهر في المهارات المفهومية والاجتماعية والعملية. تبدأ الإعاقة قبل عمر 18 عاما لابد من توافر خمسة فروض لتطبيق هذا التعريف: 1- لابد من ملاحظة الإعاقة الوظيفية في الوقت الحالي في إطار البيئات الاجتماعية ووفق المرحلة العمرية للفرد والأقران والثقافة. 2- تقييم ساري يوضح التنوع الثقافي واللغوي والاختلافات في عوامل التواصل والعوامل الحسية والحركية والسلوكية. 3- في الشخص الواحد غالبا ما تتواجد الإعاقات مع نقاط القوة. 4- من أهم أهداف تحديد الإعاقات هو وضع تصور للدعم المطلوب. 5- توفير الدعم المناسب خلال مدة محددة، يؤدي إلى تحسن الوظائف الحياتية للفرد المصاب بالإعاقة الذهنية.

المصدر: الجمعية الأمريكية للإعاقة الفكرية والنمائية AAIDD - www.aaidd.org2002

تشخيص وتقييم الإعاقة الذهنية:

يتضمن الدليل التشخيصي الإصدار الخامس ثلاثة معايير تشخيصية للإعاقة العقلية: 1 خلل في الأداء العقلي، 2 خلل في السلوك التكيفي، 3 البداية خلال النمو مثل أن يكون المصاب طفلا .

رغم أن التغيير في المعيارين الأولين يجعل من الدليل التشخيصي DSM-5 متوافقا مع معايير الجمعية الأمريكية للإعاقة الفكرية والنمائية AAIDD إلا أنه أولا: يتخطى الاتفاق على أن يكون مقياس الذكاء متوافقا مع المستوى الثقافي، ثانيا: لابد للوظائف التكيفية وأن تخضع للقياس ويتم الأخذ بها وفقا لعمر الشخص والمجموعة الثقافية، وختاما، فإن الدليل التشخيصي في إصداره

معيار الدليل التشخيصي DSM-5 للإعاقة الذهنية: - الخلل الذهني مثل: عدم القدرة على حل المشكلات، التفكير المنطقي، والتجريدي وتظهر خلال اختبارات الذكاء والتقييمات السريرية. - خِلل بالغ في التكيف الوظيفي مقارنة بعمر الشخص والمجموعة الثقافية في واحدة أو أكثر من النواحي التالية: التواصل، والمشاركة في المجتمع أو العمل أو الأسرة، والاستقلالية في المنزل أو المجتمع، والحاجة إلى الدعم في المدرسة أو العمل أو العيش باستقلالية. - تظهر الأعراض خلال فترة الطفولة.

الخامس لم يعد يفرق بين الإعاقة العقلية البسيطة والمتوسطة والحادة وفقا لمقياس الـذكاء وحـده كما كان متبعا في الدليل التشخيصي في إصداره الرابع، وعوضا عن ذلك فإن درجة الحدة تقاس عبر ثلاثة معايير أساسية مفهومية، واجتماعية، وعملية.

إن التغييرات التي شملها الدليل التشخيصي في إصـداره الخـامس تسـعى - كـما سـعت الجمعية الأمريكية للإعاقة الفكرية والنمائية AAIDD - إلى تشجيع تحديـد نقـاط القـوة والضعف لدى الشخص فيما يتعلق بالنواحي النفسية والجسدية والبيئية مـن خـلال وجهـة نظر توفر كل أشكال ودرجات الدعم المطلوبة لتقوية أداء الفرد في نـواح متعـددة، وبـالنظر إلى حالة روجر Roger، وهو شاب يبلغ من العمر 24 عاما، وكان مقيـاس ذكائـه 45، وكـان يواظب على برنامج خاص للأفراد والمعاقين ذهنياً، منذ أن كان عمره ست سنوات، فإن منهج الجمعية الأمريكية للإعاقة الفكرية والنمائية AAIDD يوضح اللازم لرفع أداء روجـر. لـذا فإن الطبيب قد يكتشف أن روجر يمكنه استخدام نظام الأتـوبيس إذا كـان يسـير في طريـق معتاد بالنسبة له، ولذلك فإنه قد يكون قادراً على الذهاب إلي السينما بنفسه من حين لآخر، وبالرغم من أنه لا يستطيع إعداد وجبات معقدة، فإنه قـد يكـون قـادرا عـلى تعلـم إعـداد وتجهيز طبق رئيس مجمد وتسخينه على فرن الميكرويف. ويقوم الافتراض على أنه من خلال التركيز والبناء على ما يستطيع القيام به، فإن روجر سوف يبدي المزيد من التقدم، لذلك فإن منهج الدليل التشخيصي في الإصدار الخامس سيسير على ذات المنوال.

في المدارس، فإن البرامج التعليميـة الفرديـة IEP تعتمـد عـلى جوانـب القـوة وجوانـب الضعف عند الشخص، وعـلى مقـدار التعلـيم المطلـوب، فـالطلاب يـتم تعيينـهم وفـق البيئـة الدراسية كما يتم تحديد الطلبة من خلال البيئة التي يتقرر أنهم يحتاجون إليها، ويمكن لهـذه الطريقة أن تقلل من آثار وصمة إصابة الشخص بالإعاقة العقلية، وقد يشجع التركيـز عـلى مـا يمكن القيام به من أجل تحسين تعليم الطلبة.

انتشار الإعاقة الذهنية:

في هذا الوقت، يمكن تحديد النسب الرئيسة للتخلف العقلي في 25% فقط من الأشخاص المصابين، كما أن الأسباب التي يمكن تحديدها هي أسباب عصبية بيولوجية محددة.

الشذوذ الجيني أو الكروموسومي:

أحـد الاخـتلالات الكروموسـومية المرتبطـة بالإعاقـة العقليـة هـو مـا يعـرف باسـم Trisomy 21 وهو ما يشير إلى وجود نسخة إضافية مـثلا وجـود ثـلاث نسـخ بـدلا مـن نسختين ، وهذا ما يعرف أيضا باسـم متلازمـة داون Down syndrome. تشـير تقـديرات

انتشار متلازمة داون Down syndrome في الولايات المتحدة الأمريكية إلى حالة ما بين 850 مولوداً حياً Shin, Besser, Kucik, et al., 2009





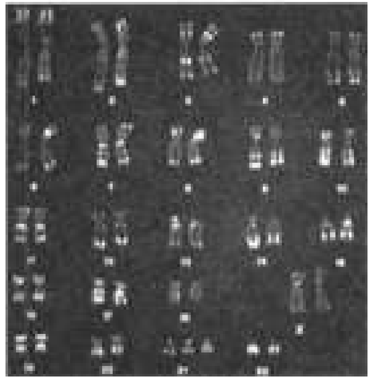
عند قياس السلوك التكيفي، فلابد من وضع البيئة الثقافية في الاعتبار. الشخص الذي يعيش في منطقة ريفية قد لا يحتاج إلى نفس المهارات التي يحتاجها شخص يعيش في مدينة نيويورك، والعكس صحيح.

يعتبر الأشخاص المصابون بـمتلازمة داون Down Syndrome مصابين بإعاقة عقلية. كما أن لهم بعض الميزات الجسدية المختلفة مثل قصر القامة وتربيعها والعينين البيضاويتين المسحوبتين إلي أعلى، وكذلك امتداد الثنية الموجودة في الجفن العلوي إلي الركن الداخلي للعين، والشعر الخفيف والناعم والجميل غير المجعد. واتساع الجسر الأنفي وانبساطه، والأذنين ذوي الهيئة أو الشكل المربع، واللسان الكبير المجعد والذي يكون ناتئاً وبارزاً لأن الفم يكون صغيراً وسقفه منخفضا، كما أن اليدين تكونان عريضتين والأصابع قصيرة وعريضة.

هناك شذوذ كروموسومي آخر قد يتسبب في الإصابة بالإعاقة العقلية وهو متلازمة X الهشة Fragile X syndrome والذي يتضمن تغيراً في جين FMR 1 على الكروموسوم X . National Fragile X Foundation. www.fragilex.org تشمل الأعراض الجسدية المصاحبة لكرموسوم Xالهش ملامح وعلامات في الوجه مثل وجود مناطق كبيرة غير مكتملة النمو، والوجه الطويل النحيف، والجذر الأنفي العريض، ويظهر وجود إعاقة ذهنية لدى الكثيرين من المصابين بمتلازمة X الهشة Fragile X syndrome، ولكن قد لا يصاب البعض بالإعاقة الذهنية وإنما بإعاقات في التعلم ومشكلات في الاختبارات العصبية البيولوجية وتحولات المزاج. إن ما يقرب من ثلث الأطفال المصابين بمتلازمة X الهشة Fragile X syndrome تظهر عليهم سلوكيات التوحد الطيفي، وهذا يوضح أن التصوير بالرنين المغناطيسي الوظيفي FMRI للجينات قد يكون واحدا من الطرق التي يمكن من خلالها التعرف على طريقة مشاركة الجينات في الإصابة بالتوحد . Hagerman, 2006

أمراض الجينات المتنحية:

هناك المئات من أمراض الجينات المتنحية التي تم تحديدها، وكثير منها يسبب الإعاقة العقلية، وفيما يلي سنناقش ما يتعلق بالجينات المتنحية ومرض بِيلَةُ الفينيل كيتون PKU phenylketonuria .



الصورة الأعلى زوج من الكرسومات لدى الأصحاء، والأسفل صورة الكرسومات لدى زملة دون، ويتضح وجود خلل في الكرسوم رقم 21

مرض بِيلَةُ الفينيل كيتون phenylketonuria PKU هو أن يولد الطفل بدون أي علامات مسبقة على وجود مشكلة، ثم يعاني عدم كفاية أو نقص أنزيم الكبد، إنزيم فينيل ألانين هيدروكسيلاز phenyl alanine hydroxylase ويعتبر هذا الإنزيم ضروريا لتحويل phenylalanine وهو حمض أميني يحتوي على البروتين إلى التيروسين Tyrosine، وهو حمض أميني ضروري لإنتاج هرمونات محددة مثل هرمون epinephrine. بسبب نقص هذا الإنزيم فإن phenylalanine والحمض المشتق منه وهو حمض phenylpyruvic لا يتكسران، بل يتزايدان وينموان في سوائل الجسم، ويتسبب هذا التزايد والنمو بالتدريج في إحداث تلف لا يمكن علاجه في المحاور العصبية اللازمة للعمليات العصبية. تدعم عملية تكون الميلانين النقل السريع للنبضات العصبية. أما أعصاب الفصوص الأمامية والتي يتم فيها العديد من الوظائف المعرفية، مثل اتخاذ القرارات تتأثر على وجه الخصوص، ومن ثم تحدث الإعاقة العقلية.

وبالرغم من ندرة الإصابة بمرض بِيلَةُ الفينيل كيتون PKU حيث إن هناك حالة واحدة من بين 15.000 مولود حي، إلا أن التقديرات تشير إلي وجود شخص من بين كل 70 شخصا يحمل الجين المتنحي recessive gene، وهناك تحاليل دم متوفرة للأشخاص الذين سيكونون آباء في المستقبل القريب والذين لديهم أسباب تجعلهم يشكون في احتمالية وجود هذا الجين لديهم، فيجب على المرأة الحامل التي تحمل الجين المتنحي الضبط التام لنظامها الغذائي، فهذا سيقي طفلها من التعرض لمستويات سامة من phenylalanine

Baumeister& Baumeister, 1995 . تلزم قوانين الدولة الأفراد بإجراء اختبار للمواليـد الجـدد للتعرف على الإصابة بمرض PKU، فبعد أن يرضع الوليد من اللبن لعدة أيام، يظهر وجود كميات زائدة من phenylalanine غير المتحول في الدم. وإذا كانت نتيجة الاختبار إيجابية، فيـتم إرشـاد الوالدين إلي تقديم نظامي غذائي تنخفض فيه نسبة phenylalanine.

ويتم حث الأبوين على الالتزام بالنظام الغذائي المخصص بشكل مبكر قدر الإمكـان، عـلى أن يستمر إلي أجل غير مسمى. أشارت الدراسات إلي أن الأطفال الذين توقف نظامهم الغـذائي الخاص عند سن 5-7 سنوات قد ظهرت عليهم بعض الانحرافات البسـيطة في الأداء، وخصوصاً في الـذكاء IQ، القـراءة، والهجـاء Fishler, Azen, Henderson, et al., 1987, Legido, Tonyes, Carter, et al., 1993 ، فحتى بين الأطفال المصابين بمرض PKU الـذين اسـتمروا في نظامهم الغذائي الخاص ظهرت لديهم عيوب في القدرات الإدراكية الحسية، والذاكرة، والانتبـاه Banich, Passrotti, White, et al, 2000, Hunjbregts, de Sonneville, Licht, et al., 2002 .

الأمراض المعدية:


طفل مصاب بمتلازمة داون Down syndrome

يتعــرض الجنــين في الــرحم لخطــر متزايد بالإصابة بالإعاقة العقليـة الناتجـة عـن الأمـراض المعديـة التـي تصـيب الأم مثل الحصبة الألمانية Rubella . ونتـائج هذه الأمراض تكـون الأشـد خطـراً خـلال الشهور الثلاثة الأولى من الحمل عندما لا يبدي الجنين أي اسـتجابة مناعيـة، أي أن جهازه المنـاعي لم يصـل بعـد إلي مرحلـة النمو التي تمكنه من مقاومة العدوى. إن الفيروس المضخم للخلايا Cytomegalovirus والحصبة الألمانيـة toxoplasmosis، والأمـراض الجلدية البسيطة herps Simplex وفيروس العـوز المنـاعي الـبشري HIV، والزهـري جميعهـا تنتقل من خلال العدوى عن طريق الأم وتتسبب في إعاقات وتشوهات جسدية. قد تظهر على الأم أعراض بسيطة للعدوى وقد لا تظهر إطلاقا، إلا أن آثارها على الجنين قد تكون فتاكة.

قـد تـؤثر الأمـراض المعديـة عـلى مـخ الطفـل أيضـا بعـد المـيلاد، فالتهـاب الـدماغ encephalitis، والالتهــاب الســحائي meninggococcalmeningitis قــد يصــيبان المــخ بأضرار بالغة، بل وقد يصـل الأمـر إلي الوفـاة إذا انتقلـت العـدوى في مرحلـة الرضـاعة أو

الطفولة المبكرة. أما في مرحلة البلوغ ففي العادة تكون هذه الأنواع من العدوى أقل خطورة، وهناك أشكال عديدة من الالتهاب السحائي عند الأطفال الحمى الشوكية Meningitis ، وهو مرض يحدث فيه التهاب حاد في الأغشية الوقائية في المخ، وترتفع الحمي إلي درجة عالية.

المخاطر البيئية:

تتسبب العديد من مصادر التلوث البيئي في الإصابة بالإعاقة العقلية. أحد هذه المصادر هو الزئبق والذي قد يتم تناوله عند أكل أسماك مصابة، وهناك مصدر آخر وهو الرصاص الذي يوجد في أنواع الطلاء بالرصاص، والصخان، وعوادم السيارات التي تعمل بالجازولين الذي يحتوي على الرصاص. قد يتسبب التسمم بالرصاص في إلحاق أضرار بالكليتين والمخ، وكذلك الإصابة بالأنيميا، والإعاقة العقلية، والنوبات المرضية، وقد يؤدي إلي الوفاة. في الوقت الحالي تم منع الدهان بالرصاص في الولايات المتحدة، إلا أنه لا يزال موجوداً في المنازل القديمة وحيث يتناول الأطفال بعضا من قشوره.

علاج الإعاقة العقلية

المعالجة المنزلية:

منذ الستينيات ظهرت محاولات منهجية جادة لتعليم الأطفال المصابين بالإعاقة العقلية بقدر ما يمكن، وعلى الرغم من أن كثيرا من الناس يمكنهم اكتساب المهارات التي تمكنهم من أداء وظائفهم بصورة فعالة، فإن هناك آخرين يحتاجون إلى مزيد من الدعم من خلال برنامج الرعاية المنزلية.



تلزم الدولة بإجراء اختبار لفحص المواليد الجدد لمعرفة إصابتهم بمرض بِيلَةُ الفينيل كيتون PKU، وفي حالة تزايد وجود الفينالانين في الدم، ينصح بإتباع حمية غذائية للرضيع.

ومنذ عام 1975، أصبح للأفراد المصابين بإعاقة ذهنية الحق القانوني في أن يحصل على العلاج في وسط يتسم بأقل قدر ممكن من التقييد لمزيد من المعلومات حول القضايا القانونية والأخلاقية راجع الفصل16 . عادة يعيش البالغون المصابون بإعاقة عقلية في مساكن صغيرة أو متوسطة الحجم وتكون مندمجة مع المجتمع. تقدم الرعاية الطبية والتدريب فيها تحت إشراف المشرفين المقيمين لتلبية مطالبهم الخاصة على مدار الساعة. يتم حث المقيمين على المشاركة في العادات اليومية المعروفة، وذلك من أجل الارتقاء بقدراتهم، فكثير من البالغين المصابين

بإعاقة عقلية لديهم وظائف وقادرون على العيش مستقلين في مساكنهم الخاصة. بينما هناك آخرون يعيشون حياة شبه مستقلة في شقق تضم من ثلاثة إلى أربعة بالغين، ويقوم الخبير بتقديم المساعدة كل مساء.

المعالجات السلوكية :

تم تطوير برامج التدخل العلاجي المبكر باستخدام أساليب سلوكية من أجل تحسين مستوى أداء الأفراد المصابين بإعاقة عقلية، ويتم تحديد أهداف سلوكية معينة، وتعليم الأطفال مهارات في خطوات صغيرة ومتدرجة ومتتابعة Reid, Wilson& Faw, 1991 .

يحتاج الأطفال المصابون بإعاقة ذهنية حادة في العادة إلى تعليم مكثف لكي يكونوا قادرين على تناول الطعام واستخدام المرحاض وترتيب هندامهم بأنفسهم. ولتعليم الطفل عادة معينة، فعادة ما يلجأ المعالج إلى البدء بتقسيم السلوك المستهدف، مثل الأكل، إلى عناصر صغيرة: تناول الملعقة أو الإمساك بها، ثم أخذ الطعام من الطبق بالملعقة، ثم رفع الملعقة إلى الفم، ثم إزالة الطعام من على الملعقة بالشفتين، ثم المضغ، ثم ابتلاع الطعام. عندئذ يتم تطبيق مبادئ التكييف الفعال بتعليم الطفل هذه العناصر الموجودة في عملية الأكل، وعلى سبيل المثال تقوية الطفل وتدعيمه في العمليات المتتالية لكي يمسك بالملعقة حتى يصبح قادراً على القيام بذلك. يطلق أحياناً على هذه الطريقة الفعالة "التحليل التطبيقي للسلوك applied behavior analysis" وهي تستخدم أيضاً في خفض السلوك غير المناسب والذي يضر بالنفس، ويمكن للسلوكيات الداعمة أن تقلل من هذه السلوكيات.

المعالجات المعرفية:

إن العديد من الأطفال المصابين بإعاقة ذهنية يفشلون في استخدام خطط في حل المشكلات، وعندما يقومون باستخدام الخطط، فإنهم غالباً لا يستخدمونها بفاعلية. إن التدريب على التعليم الذاتي Self-instructional training، يقوم بتعليم هؤلاء الأطفال أن يقوموا بتوجيه جهودهم ومحاولاتهم في حل المشكلات من خلال الكلام.



على الرغم من أن الطلاء الذي يدخل الرصاص في مكوناته لم يعد مشروعا الآن، إلا أنه لا يزال موجودا في بعض المنازل القديمة. إن تناول بعض من قطع الطلاء قد يؤدي إلى التسمم بالرصاص، والذي يسبب بدوره الإصابة بالإعاقة العقلية.

على سبيل المثال، قامت إحدى الجماعات البحثية بتعليم طلاب إحدى المدارس الثانوية الذين يعانون الإعاقة

العقلية أن يقوموا بإعداد الخبز المحمص الموضوع عليه الزبد، وعلى تنظيف أنفسهم Hughes, Hugo & Blatt, 1996 . يقوم المدرس بتوضيح ونطق الخطوات التي تتضمنها عملية حل مشكلة ما، مثل قلب آلة تحميص الخبز أو عدم توصيلها بالقابس. وقد تعلم الصغار أن يتحدثوا مع أنفسهم من خلال خطوات باستخدام التعليمات اللفظية أو الإشارية البسيطة. فمثلاً، إذا كانت آلة تحميص الخبز مقلوبة، فسوف يتعلم الشخص أن يحدد المشكلة أولاً، لن تدخل ثم بعد ذلك يتعلم تحديد رد الفعل أعدلها ، والتقدير جيد . وقد تم مكافأتهم بالمديح، وبألعاب مرحة عندما قاموا بنطق وحل المشكلة بشكل صحيح. وقد أوضح عدد من الدراسات أنه حتى الأفراد المصابين بإعاقة ذهنية حادة يمكنهم أن يتعلموا طرق التعليم الذاتي في حل المشاكل ومن ثم تعميم الخطة على مهام جديدة، وذلك يشمل طلب وجبة غذاء في أحد الكافيتريات، والقيام بواجبات الحراسة Hughes& Agran, 1993 .

التعليم بمساعدة الكمبيوتر:

ينتشر التعليم بمساعدة الكمبيوتر Computer-Assisted Instruction بكثرة في البيئات التعليمية والعلاجية على اختلاف أنواعها. وقد يتم دراسته بشكل جيد وخاصة لكي يتم تعليم الأفراد المصابين بإعاقة عقلية. تجذب المكونات المرئية والمسموعة في أجهزة الكمبيوتر انتباه الطلاب مشتتي الانتباه، كما أنه من الممكن التوفيق بين مستوى المادة



يستخدم التعلم بمساعدة الكومبيوتر في التطبيقات الخاصة بمعالجة الإعاقة العقلية.

وتعديله ليكون ملائماً للفرد، وهذا يضمن نجاح التجارب، كما أن الكمبيوتر يلبي الحاجة إلى التكرار الكثير للمادة بدون أى ملل مثل ما قد يحدث مع المعلم البشري. فعلى سبيل المثال، تم استخدامها في مساعدة المعاقين ذهنياً على تعلم استخدام ماكينات الصراف الآلي – ATM Davies, Stock, Wehmeyer, 2003 . يمكن للهواتف الذكية أن تقدم عونا كبيرا من خلال استخدامها كأدوات تذكير ولتحديد والاتجاهات، والتعليمات، والمهام اليومية.

نبذة سريعة:

يشير المتخصصون في الصحة العقلية إلى اضطرابات التعلم، واضطرابات التواصل، واضطرابات المهارات الحركية جميعها بوصف صعوبات التعلم Learning

Disabilities، وتـم تناولهـا في الفصـل الخـاص بالاضـطرابات العصـبية النمائيـة في الإصـدار الخامس من الدليل التشخيصي. تركـز معظـم الدراسـات التـي تـم إجراؤهـا حـول اضـطرابات التعلم بوجه خاص على عسر القراءة. إذ يعاني الأطفال المصابون بعسر القراءة صعوبة كبيرة في التعرف على الكلمة، وفهم القراءة، وكـذلك الكتابـة والهجـاء. كشـفت الأبحـاث الحديثـة عـن كيفية اشتراك المخ في الإصابة بعسر القراءة، خاصة المناطق المسئولة عن اللغة في المخ بمـا فيهـا المناطق الجدارية، والمناطق الصدغية. كما لوحظ أن هناك اختلافات ثقافية مهمة، وهذا يشـير إلى أنه قد لا يكون هناك آلية مسئولة عن عسر القراءة على مسـتوى الـبشر جميعـا. ستصـبح الأساليب والطرق التي يقـوم فيهـا المـخ بتـدعيم وتشـجيع اللغـات المختلفـة جـزءاً مهـماً مـن الأبحاث المستقبلية. تتضمن التدخلات العلاجية لعسر القراءة العمل المكثف والتركيـز الشـديد على مهارات القراءة ومهارات اللغة. وليست هذه التدخلات العلاجية وحدها هي المفيدة، بل قد تعمل على إحداث تغييرات في المخ وبدورها تسهم في نجاح العلاج على المدى الطويل.

إن الدليل التشخيصي في إصداره الخامس قـد فضـل اسـتخدام مصـطلح الإعاقـة العقليـة intellectual disability بدلا من مصطلح التخلف العقلي mental retardation ويركز عـلى تقييم الإعاقة الذهنية والتهيئة الوظيفية للمجموعات الثقافية التي تتوافق مع منهج الجمعية الأمريكية للإعاقة الفكرية والنمائية AAIDD . ولم يعد التقييم وفق معدل الذكاء مستخدما، وعوضا عنه فـإن الـدليل التشـخيصي في إصـداره الخـامس أكـد أهميـة تحديـد مـواطن القـوة والضعف لدى الأفراد كـما هـى الحـال لـدى الجمعيـة الأمريكيـة للإعاقـة الفكريـة والنمائيـة AAIDD . هنـاك عـدد مـن الأسـباب التـي تـؤدي إلى الإصـابة بالإعاقـة العقليـة مـن بينهـا الاضطرابات الجينية، والعدوى، والسموم.

اضطراب طيف التوحد Autism Spectrum Disorder:

تخيل أنك في أحـد فصـول التعلـيم الخـاص للأطفـال، وأنـك تتلقـى دورة تدريبيـة حـول الإعاقات التي يعانيها الطفـل، وأن أحد المتطلبات هـو القيام بالتطوع ببعض الوقت للتدريس في هذا الفصل. وفي الحجرة يقف طفل أمام حوض للسـمك. وأنـك تلاحـظ أن حركاتـه رشـيقة وماهرة، وتنتبه إلى ابتسامته الحالمة، والنظرة العميقة في عينية. فتبدأ في الحـديث معـه حـول الأسماك، ولكـن بـدلاً مـن أن يسـتمع إلى تعليقـك أو حتـى ينتبـه إلى حضـورك، فإنـه يبـدأ في التأرجح للأمام والخلف وهو يواصل الابتسام. وكأنـه يسـتمتع بنكتـة تـتردد في عقلـه. وحيـنما تسأل المعلمة عن هذا الولد، تخبرك بأن هذا الصبي مصاب بالتوحد.

الأوصاف السريرية ومعدل انتشار وطرق التنبؤ باضطراب طيف التوحد:

على الرغم من أن التوحد عُرف منذ نحو سبعين عاما راجع أهم الاكتشافات 13-5 للمزيد حول تاريخ التوحد ، إلا أنه لم يتم إدراجه ضمن الدليل التشخيصي حتى الإصدار الثالث الذي تم نشره عام 1980، وخلال الثلاثين عاما الماضية تغيرت التشخيصات والتعريف إلى حد ما راجع أهم الاكتشافات 13-4 ، كما أن تغيرا كبيرا قد ظهر في الإصدار الخامس، وعلى وجه الخصوص فإن أربع فئات التشخيص المميزة التي تضمنها الإصدار الرابع وهي الاضطراب التوحدي Autistic Disorder، متلازمة أسبرجير Asperger Disorder، والاضطرابات النمائية الشاملة Pervasive Developmental Disorders PDD لم يتم تحديدها، وهناك أيضا اضطراب الطفولة التحليلية Childhood Disintegrative Disorder، وقد تم جمعها في تصنيف واحد أطلق عليه اضطراب طيف التوحد Autism Spectrum Disorder، ولكن ما السبب في هذا التغيير؟ ذلك لأن الأبحاث التي تناولها الإصدار الرابع لم توضح الفوارق بين هذه التصنيفات. أي أن هذه الاضطرابات جميعها تتشارك وتتشابه فيما بينها بالنسبة لما يتعلق بالسمات السريرية ومسبباتها، ولا تتجلى إلا من خلال درجة حدتها. لذا فإن الدليل التشخيصي في إصداره الخامس قد جمعها ضمن تصنيف واحد هو اضطراب طيف التوحد Autism Spectrum Disorder ASD والذي يتضمن المحددات المرتبطة بمدى حدة الإصابة والمشكلات اللغوية.

تتلخص معايير الإصدار الخامس لاضطراب طيف التوحد Autism Spectrum Disorder ASD في الجدول التالي، وفي القسم الذي يليه سنتناول السمات السريرية ونركز على المشكلات المتعلقة بالتفاعل الاجتماعي والعاطفي والتواصل، إضافة لما يتعلق بالسلوكيات المتكررة أو غير المتكررة.

الاضطرابات الاجتماعية والعاطفية:

أظهر الأطفال المصابون باضطراب ASD مشكلات فيما يتعلق بالعالم الاجتماعي Dawson, Toth, Abbott, et al., 2004 ، فنادرا ما يقتربون من الآخرين، وربما ينظرون إلى الأشخاص المارين، وقد يديرون ظهورهم إليهم، فعلى سبيل المثال، وجدت دراسة أن الأطفال المصابين باضطراب ASD نادراً ما يبادرون بإلقاء تحيات تلقائية أو وداع تلقائي سواء كان ذلك بالألفاظ أو عن طريق الابتسام أو عن طريق التواصل بالعين، أو الإيماءة عندما يقابلون أو يودعون شخصاً بالغا Hobson& Lee, 1998 . كما وجدت دراسة أخرى أن الأطفال الذين يبلغ عمرهم عاماً واحداً ومصابين باضطراب ASD يحدقون بوجوه الأشخاص الآخرين عند الاحتفال بأعياد ميلادهم أقل من المعتاد

مقارنة بالأطفال غير المصابين باضطراب ASD. كما أن قلة ضئيلة جداً من الأطفال المصابين باضطراب ASD تبادر باللعب مع الأطفال الآخرين، وفي العادة لا يستجيبون مع من يقترب منهم، وفي بعض الأحيان قد يقوم الأطفال المصابون باضطراب ASD بالاتصال بالعين، غير أن تحديقهم يكون غير عادي، فمن الطبيعي أن الأطفال يقومون بشكل عام بالتحديق بغرض لفت انتباه شخص ما، أو لتوجيه انتباه الشخص الآخر إلى هدف معين Dawson, et al., 2004 . غالبا ما يشير هذا الى مشكلة في الانتباه المشترك، وهو نشاط يستلزم التفاعل بين شخصين لاسترعاء انتباه كل منهما للآخر سواء عند الحديث أو التواصل العاطفي غير اللفظي، وهذا ما يفتقده الأطفال المصابون بالتوحد.

أهم الاكتشافات 13-5

نبذة عن تاريخ اضطراب طيف التوحد Autism Spectrum Disorder ASD

عرف عالم الطب النفسي ليو كانر Leo Kanner التوحد في عام 1943، حيث قام أثناء بحثه السريري بملاحظة 11 طفلاً مضطربا كانوا يتصرفون بطرق غير مألوفة عند الأطفال المصابين بإعاقة ذهنية أو المصابين بالفصام، وقد أطلق على هذه الأعراض اسم التوحد الطفولي المبكر Early Infantile Autism، فقد لاحظ أن "هناك منذ البداية وحدة انعزالية توحدية شديدة، تقوم متى أمكن، بنبذ وتجاهل، وطرد أي شيء قادم إلى الطفل من الخارج" Kanner 1943 .

اعتبر كانر أن الوحدة الذاتوية Autistic aloneness هي أكثر الأعراض الأساسية. وقد اكتشف أيضاً أن الأطفال الأحد عشر لم يكونوا قادرين منذ بداية حياتهم على الارتباط بالناس بطريقة عادية، وكانوا ضعافا بشدة في اللغة، ولديهم رغبة قوية في ألا يتغير أي شيء من حولهم وأن يبقى على حاله. بالرغم من الوصف المبكر الذي قدمه كانر وآخرون Rimland,1964 ، إلا أن الاضطراب لم يتم قبوله بالتسمية التشخيصية الرسمية إلا بعد نشر الإصدار الثالث من الدليل التشخيصي عام 1980.

سمي مرض أسبرجير Asperger Disorder على اسم هانز أسبرجير Hans Asperger الذي وصف هذه المتلازمة بأنها أقل حدة وتتضمن عيوب اتصال أقل من تلك الموجودة في التوحد، وجاءت أول إشارة عنها بالدليل التشخيصي عام 1994 ضمن الدليل التشخيصي في إصداره الرابع، ومشيرة إلى أن العلاقات الاجتماعية قد تكون ضعيفة ونمطية السلوك وأنها تكون حادة ومتصلبة، إلا أن اللغة والذكاء لا يتأثران، ونظراً لأن الأبحاث تشير إلى أن متلازمة أسبرجير لا تختلف في محتواها عن اضطراب التوحد، فقد وجب ضم هذين التصنيفين في الإصدار الخامس من الدليل التشخيصي.

ورغم ذلك فإن هناك كثيرا من الدراسات التي أجريت خلال السنوات العشر الأخيرة حول متلازمة أسبرجير، وربما يكون السبب في ذلك هو شيوع هذا المرض لدى البالغين الذين ظلوا لسنوات يتساءلون عن سر اختلافهم عن الآخرين. إن البالغين الذين ورد تشخيص حالتهم على أنها متلازمة أسبرجير وفق الدليل التشخيصي في إصداره الرابع قد أصبحوا مميزين ويسهل معالجتهم على أيادي المهنيين المختصين في الصحة العقلية Gaus,2007 .

بقي أن نرى إذا ما كان بعض أولئك الأشخاص سيستمرون في نيل الدعم والمساعدة التي يحتاجونها عند دمج هذا التصنيف ضمن التصنيف الرئيس لاضطراب طيف التوحد المدرج بالدليل التشخيصي في إصداره الخامس، فمن ناحية نجد أن البعض قلق من الوصمة المرتبطة بلفظ "التوحد" قد يمنع الأشخاص من طلب المساعدة التي يحتاجونها راجع أهم الاكتشافات 3-3 فيما يتعلق بالشعور بالخزي عند الإبلاغ عن سلوك مخجل ، ومن الناحية الأخرى فإن بعض الولايات مثل ولايتي كاليفورنيا وتكساس قد قامتا بتعديل الخدمات الموجهة للأطفال الذين يعانون التوحد، ولكن ذلك لم يشمل متلازمة أسبرجير، وهذا ما يوفر فرصة لمزيد من الأشخاص كي يحصلوا على المساعدة.

يستخدم الباحثون والأطباء السريريون والعائلات تعبير " طيف التوحد" منذ سنوات عديدة، لذا فلن تكون هناك صعوبة في قبوله، على الأقل على مستوى التسمية. إن حذف التصنيف التشخيصي لمتلازمة أسبرجير قد يكون صعبا، فالأشخاص الذين أدركوا ما يصيبهم مؤخرا عليهم أن يفكروا بطريقة مختلفة بشأن الاضطراب الذي يعانونه، وسيتكفل الوقت بإبراز ما سيسفر عنه هذا التغيير.

معايير اضطرب طيف التوحد بالدليل التشخيصي- الإصدار الخامس DMS-5:

أ - وجود ضعف في التواصل الاجتماعي والتفاعلات الاجتماعية، كما يتضح ذلك من خلال ما يلي:

- خلل في استخدام السلوكيات غير اللفظية مثل الاتصال بالعين، أو التعبيرات الوجهية، أو لغة الجسد.
- خلل في نمو العلاقات مع الأقران بما يلائم مستوى النمو.
- خلل في التبادل الاجتماعي أو العاطفي مثل عدم الاقتراب من الآخرين أو عدم إجراء محادثات فيها قول ورد، أو انخفاض مشاركة الاهتمامات والمشاعر.

ب- أنماط أو اهتمامات أو أنشطة سلوكية متكررة أو ملزمة تظهر من خلال اثنتين على الأقل مما يلي:

- الحديث أو الحركة أو استخدام الأشياء بصورة نمطية أو متكررة.
- الالتزام بأعمال روتينية معينة في السلوك اللفظي أو غير اللفظي أو المقاومة المستمرة للتغير.

- أي اهتمامات ملزمة قد تكون غير طبيعية مثل الارتباط الشديد بأجزاء الأشياء.
- فرط أو انعدام النشاط في مدخلات الإحساس أو الاهتمام غير المعتاد بالبيئة الحسية مثل الشغف بالأضواء أو الأجسام الدوارة.

ج- تبدأ خلال الطفولة المبكرة.

د- أداء وظيفي محدود أو ضعيف.



هيزر كوزميش Heather Kuzmich التي اشتركت في المباراة النهائية ببرنامج أفضل عارضة أمريكية، كانت تعاني مما يعرف باسم متلازمة اسبيرجر وفق الإصدار الرابع من الدليل التشخيصي إلا أن اسمه تحول في الإصدار الخامس إلى اضطراب طيف التوحد

وجدت دراسة أجريت على البالغين أن الأشخاص المصابين باضطراب ASD ينتبهون إلى أجزاء مختلفة من الوجه أكثر من انتباه غيرهم من الأشخاص الذين لا يعانون اضطراب ASD Spezio, Adolphs, Hurley, et al., 2007 ، وحتى يمكن تبين أي المشاعر يحملها وجه شخص ما، فلابد وأن ينظر الرائي إلى الجزء العلوي والسفلي من الوجه، وهناك بعض المشاعر التي تعكسها العيون مثل الغضب، والسعادة ، وفي هذه الدراسة كان البالغون من الأشخاص المصابين باضطراب ASD يحدقون إلى منطقة الفم ويتجاهلون غالبا منطقة العين. يسهم هذا التجاهل النسبي في صعوبة استنباط المشاعر لدى الآخرين.

وبالاتفاق مع النتائج التي تظهر أن الأطفال المصابين باضطراب ASD لا ينتبهون لوجوه الأشخاص الآخرين، أو تركيز تحديقهم عليهم، فإن الدراسات الحديثة FMRI، قد وجدت أن الأفراد المصابين باضطراب ASD، لا يظهرون نشاطاً في تلفيف الفص الجبهي، أو المناطق الفصية الأخرى أو اللوزة الدماغية وهي مناطق موجودة في المخ، وتعتبر أكثر المناطق ارتباطاً بتحديد الوجوه والمشاعر عند إكمال التحقق من الوجه وإدراكه أو إكمال مهام الهوية Critchley, Daly, Bullmore, et al., 2001, Pierce, Haist, Sadaghadt, et al., 2004, Pierce, Muller, Ambrose, et al., 2001 . عوضا عن ذلك فإن مناطق أخرى من المخ تظهر نشاطاً عند القيام بهذه المهام. مما يشير إلى إمكانية وجود نظام أقل كفاءة في التعرف على الوجوه.

عندما يقوم شخص آخر بالبدء في اللعب، فإن الأطفال المصابين باضطراب ASD قد يشكون أو يشتركون في اللعب والنشاط لفترة من الوقت، أما الألعاب الجسدية مثل الدغدغة أو المصارعة، فإنها قد لا تكون من الألعاب التي يستمتع بها الأطفال المصابون ASD. تظهر ملاحظة اللعب التلقائي للأطفال المصابين باضطراب ASD في وسط غير مجهز أو غير معد خصيصاً، إن هؤلاء الأطفال يقضون وقتاً ضئيلاً في الاشتراك في اللعب الرمزي مثل عمل محرك للدمية في المخزن، أو التظاهر بأن حاجزاً مثل سيارة، وذلك بالمقارنة بالأطفال المصابين بالإعاقة العقلية أو الأطفال الطبيعيين المماثلين لهم في السن العقلي Sigman, Ungerer, Mundy et al.,1987 .

افترض بعض الباحثين أن الأطفال المصابين باضطراب ASD، لديهم "نظرية عقل" ناقصة Deficient Theory Of Mind، وأن هذا هو العيب الجوهري فيهم والذي يؤدي إلى اختلالات وظيفية اجتماعية والتي نقوم بوصفها هنا Gopnik, Capps& Meltzoff,2000, Sigman, 1994 . تشير "نظرية العقل" إلى اعتقاد الشخص بأن الأشخاص الآخرين لديهم رغبات ومعتقدات، وأهداف وعواطف أو مشاعر قد تكون مختلفة عن تلك الموجودة لديهم. تعتبر هذه القدرة ضرورية لفهم التفاعلات الاجتماعية والاشتراك فيها. تظهر نظرية العقل بالتحديد في ما بعد عمر عامين ونصف العام إلى خمسة أعوام، إلا أن الأطفال المصابين باضطراب ASD لا يمرون بهذه المرحلة الفاصلة في عملية النمو، ومن ثم فإنهم يبدون غير قادرين على فهم وجهات نظر الآخرين وردود أفعالهم العاطفية. كما أظهرت الأبحاث أيضاً أن الأفراد المصابين باضطراب ASD، وأولئك المصابين باضطراب Asperger ، يعانون اضطرابات في مناطق المخ المرتبطة بالقدرات الضرورية لنظرية العقل Castelli, Frith, Happe, et al., 2002 .

وبالرغم من أن الأطفال ذوي الأداء العالي المصابين باضطراب ASD، يمكن أن يتعلموا فهم التجارب والخبرات العاطفية، " فيقومون بالإجابة على الأسئلة التي تدور حول التجارب العاطفية مثل غيرهم من الأطفال الطبيعيين بالإجابة على الأسئلة الحسابية الصعبة" Sigman, 1994 p. 151



غالبا لا يلعب الأطفال المصابون باضطراب ASD أو يتفاعلون اجتماعيا مع غيرهم من الأطفال

ببذل المزيد من الجهد والتركيز. توصلت الدراسات العملية التي تم إجراؤها على أطفال مصابين باضطراب ASD يتمتعون بأداء عال، إلى أن هؤلاء الأطفال قد يدركون مشاعر أو عواطف الآخرين بدون أن يفهموها Capps, Rasco, Losh, et al., 1999, Capps, Yirmiya& Sigman, 1992 ، فعلى سبيل المثال، عندما يوجه سؤال لأحد الأطفال المصابين باضطراب ASD بأن يقوم بشرح وتفسير سبب غضب أحد الأشخاص، يرد الطفل قائلاً: "لأنه كان يصرخ" Capps, Losh& Thurber, 2000 .

عيوب الاتصال:

يظهر الأطفال المصابون باضطراب ASD عيوباً في الاتصال حتى قبل اكتسابهم للغة، فالهمهمة مصطلح يستخدم لوصف تعبيرات الطفل وكلماته قبل أن يصبح قادراً على استخدام الكلمات، إلا أنها توجد بشكل أقل عند الأطفال الرضع المصابين ASD، كما أنها تؤدي إلى نقل معلومات أقل من تلك التي يبديها الرضع الآخرون Ricks, 1972 ، وقبل بلوغ العام الثانى من العمر،فإن معظم الأطفال الذين يمرون بمرحلة النمو يقومون باستخدام الكلمات لكي تمثل الموضوعات في البيئة المحيطة بهم، كما أنهم يقومون بإنشاء جمل تتكون من كلمة أو كلمتين ليعبروا عن الأفكار الأكثر تعقيداً، مثل mommy go أو me juice وعلى العكس، فإن الأطفال المصابين بالتوحد يتأخرون كثيراً في هذه القدرات، وهم في الغالب يظهرون اضطرابات أخرى في اللغة.

وأحد هذه الملامح المرتبطة باضطراب ASD هو تصدية الألفاظ - echoalia، وفيه يقوم الطفل - وفي العادة يكون ذلك بولاء وإخلاص ملحوظ - بترديد ما سمع من شخص آخر يقوله، فالمدرس قد يسأل طفلاً مصاباً بالتوحد: "أتريد بعض الكعك؟" حينها قد يكون رد الطفل: "هل تريد بعض الكعك؟" وهذه هي التصدية اللفظية الفورية immediate echolalia. أما في التصدية اللفظية المتأخرة delayed echolalia فإن الطفل قد يكون جالساً في الحجرة، والتلفزيون يعرض مشاهد، غير أنه لا يبدي أي اهتمام، وبعد مرور عدة ساعات أو حتى في اليوم التالي، قد يقوم الطفل بترديد كلمة أوجملة سمعها في أحد البرامج التلفزيونية.

وهناك شذوذ آخر في اللغة ينتشر في كلام الأطفال المصابين باضطراب ASD، ويطلق عليه الضمير المعكوس pronoun reversal، وفيه يشير الأطفال إلى أنفسهم بالضمائر: هو، وهي، أو أنت أو حتى عن طريق ذكر أسمائهم فمثلاً:

الأب: ماذا تفعل يا جوني؟

الطفل: إنه هنا.

الأب: هل أنت مستمتع بوقتك؟

الطفل: إنه يعرف.

ويرتبط الضمير المعكوس ارتباطاً وثيقاً بالتصدية اللفظية، فعندما يقوم الأطفال المصابون باضطراب ASD باستخدام كلام مردد، فإنهم يشيرون إلى أنفسهم كما سمعوا الآخرين يتحدثون عنهم، ومن ثم يخطئون في استخدام الضمائر. فالأطفال المصابون باضطراب ASD يتمسكون بالمعنى الحرفي الدقيق في استخدامهم للكلمات. وإذا قام الأب بتقديم الدعم الفعال والإيجابي من خلال حمل ابنته فوق كتفيه، عندما تتعلم هذه الفتاة قول كلمة "نعم"، عندها قد يلجأ الطفل لقول كلمة نعم لتعني من ورائها أنها تريد أن يلفحها الوالد على كتفيه. أو قد يقول الطفل "لا تضرب القطة" وهو يقصد من وراء ذلك قول كلمة "لا" وذلك لأن الوالد قد استخدم هذه الكلمات الصارمة عندما كان الطفل قد ضرب قطة الأسرة.

الأفعال المتكررة المرتبطة بالشعائر والطقوس:

إن الأطفال المصابين بالتوحد يمكن أن يصبحوا غاضبين للغاية إذا تغيرت عاداتهم اليومية والأشياء المحيطة بهم. حيث إن تقديم اللبن في فنجان مختلف أو تغيير وإعادة ترتيب الأثاث قد يثير غضبهم أو يجعلهم ينخرطون فى البكاء.

هناك خاصية متسلطة تنتشر في سلوكيات الأطفال المصابين باضطراب ASD، وفي لعبهم قد يقومون باستمرار بترتيب الألعاب أو تشييد نماذج معقدة بالأشياء المنزلية، وعندما يكبرون يصبحون منشغلين بجداول القطارات أو الممرات والطرق الفرعية، وبعض النتائج. كما أن الأطفال المصابين باضطراب ASD قد يقدمون على عدد من السلوكيات الممنوعة أكثر من الأطفال غير المصابين باضطراب ASD، ويكونون أقل ميلاً لاستكشاف الأشياء من حولهم.

يميل الأطفال المصابون باضطراب ASD أيضاً للقيام بسلوكيات نمطية، وبحركات اليد الشعائرية الفريدة، وحركات إيقاعية أخرى. مثل هز الجسد بلا نهاية، أو الضرب باليدين، والمشي على أصابع القدمين، ولف وتدوير الأسلاك، وأقلام الطباشير، والأعواد أو العصيان، والأطباق، ويعبثون بأصابعهم أمام أعينهم، كما أنهم يحملقون في المراوح والأشياء الأخرى التي تدور، وغالباً ما يقوم الباحثون بوصف هذه الحركات بأنها أنشطة منبهة للنفس أو أنشطة تنبيه ذاتية، وقد يصبح الأطفال منشغلين بهدف ما، ويصبحون غاضبين للغاية إذا قاطعهم أحد الأشخاص.



عادة ما يتصرف الأشخاص المصابون باضطراب ASD بسلوك نمطي مثل حركات اليد الشعائرية.

كما أن بعض الأطفال المصابين باضطراب ASD قد ينشغلون بالارتباط ببعض الأشياء الصغيرة مثل: المفاتيح، الحصى، مفاتيح الضوء، السلال المصنوعة من السلك، المفارش العريضة وبعض الأشياء الميكانيكية المعقدة مثل: الثلاجة أو المكنسة الكهربائية ، وإذا كان باستطاعتهم أن يحملوا هذا الشيء، فإنهم يتجولون وهم يحملونه في أياديهم، وقد يتعارض هذا مع تعلمهم القيام بأشياء مفيدة.

الاعتلال المشترك واضطراب طيف التوحد:

يسجل الكثير من الأطفال المصابين بالتوحد أقل من 70 في اختبارات الذكاء القياسية، مما يصعب أحياناً من عملية التمييز بين اضطراب التوحد وبين الإعاقة العقلية. إلا أن هناك اختلافات مهمة على أي حال. فالأطفال المصابون بإعاقة ذهنية يسجلون في العادة مستويات ضعيفة في كل أجزاء اختبار الذكاء، غير أن الأطفال المصابين باضطراب التوحد قد يسجلون بشكل مختلف في بعض الأجزاء المرتبطة باللغة مثل المهام التي تتطلب تفكيراً مجرداً، ورمزية، ومنطقا متسلسلا، وقد تكون كل هذه الأشياء مرتبطة بعيوبهم اللغوية Carpentieri& Morgan, 1994 ، وعادة ما يسجلون درجات أفضل في الموضوعات التي تتطلب مهارات بصرية مكانية مثل التصميمات في اختبارات تصميم الحواجز، وجميع الموضوعات والأجزاء المفككة Rutter, 1983 . أما تطور ونمو الحركة الحسية فإنها منطقة القوة الأكبر نسبياً، بين الأطفال المصابين باضطراب التوحد، ويمكن لهؤلاء الأطفال الذي قد تظهر عندهم عيوب حادة وعميقة في القدرات المعرفية، أن يكونوا متسمين بالرشاقة والخفة والمهارة في التأرجح والقفز أو التوازن، في حين أن الأطفال المصابين بإعاقة ذهنية يكونون أكثر تأخراً في مناطق نمو الحركة الكبرى، مثل تعلم المشي.

في بعض الأحيان قد يكون لديهم مهارات متفردة تعكس موهبة كبيرة، مثل القيام بضرب عددين يتكونان من أربعة أرقام بسرعة في عقولهم. وكذلك قد يتميزون بامتلاكهم ذاكرة قوية على المدى البعيد أو من الذاكرة بعيدة المدى، أو قدرتهم على التذكر الدقيق لكلمات أغنية سمعوها منذ سنوات مبكرة.

كذلك فإن اضطراب طيف التوحد يتشارك مع اضطرابات التعلم، فقد أشارت دراسة إلى أن ما يزيد على ثلث الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد يعانون أيضا اضطرابات التعلم Lichtenstein, Carlstrom, Ramstam, et al., 2010 . علاوة على ذلك فإن اضطراب طيف التوحد يتشارك مع القلق بنسبة تتراوح بين 11 و84 بالمئة من الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد، وأنهم يعانون أيضا أعراضا سريرية واضحة للقلق بما في ذلك قلق الانفصال، والقلق الاجتماعي، والقلق العام، وبعض المخاوف المحددة White, Oswald, Ollendick, Schaill, 2009 .

انتشار اضطراب طيف التوحد:

يبدأ اضطراب التوحد في الطفولة المبكرة، وقد يكون واضحاً في الشهور الأولى من الحياة، وهو يصيب 1 من كل 110 أطفال CDC, 2009a ، وتوضح الدراسات أن الفتيان يصابون باضطرابات التوحد أكثر من البنات بأربعة أضعاف Volkmar, Szatmari & Sparrow, 1993 ، وقد كانت هناك زيادة كبيرة في عدد التشخيصات بالتوحد خلال الخمسة وعشرين عاماً الماضية. حيث كان نسبة الزيادة في كاليفورنيا مثلاً اقتربت من 300% Maugh, 2002 . راجع أهم الاكتشاف 13-4 لمزيد حول هذا الموضوع ، ويوجد اضطراب التوحد بين كل الفئات الاجتماعية والاقتصادية، والعرقية، والإثنية، وتكون أعراض اضطراب طيف التوحد ثابتة ملحوظة، وفي إحدى الدراسات اتضح أن 1 من كل 84 طفلا يتم تشخيص حالتهم على أنها الإصابة باضطراب طيف التوحد عند عمر سنتين لم تعد معايير التشخيص منطبقة عليهم عند عمر 9 سنوات Lord, Risi, DiLavore, et al., 2006 .

التنبؤ باضطراب طيف التوحد:

ماذا يحدث للأطفال الذين يعانون اضطرابا حادا عندما يصلون إلى مرحلة البلوغ؟ قدم كانر 1973 تقريراً حول حالة تسعة أطفال من الأحد عشر طفلاً الذين تم دراستهم ووضعهم في ورقته البحثية الأصلية عن اضطراب التوحد. ظهرت عند اثنين منهم نوبات صرع، وقد مات أحدهما، أما الآخر فقد تم احتجازه في أحد المستشفيات العقلية في الولاية، وهناك أربعة آخرون قضوا معظم حياتهم في المستشفيات. أما الثلاثة الباقين، فإن أحدهم كان أبكم يعمل في إحدى المزارع، كما أنه يعمل خادماً في أحد بيوت الرعاية. أما الاثنان الآخران، فقد تم شفاؤهما إلى حد ما، وبالرغم من أن كليهما لا يزال يعيش مع والديه، وتتسم حياته الاجتماعية بصغرها، إلا أنهما كانا يعملان في وظائف مربحة وأظهرا بعض الاهتمامات الترفيهية.

ظهرت نفس النتائج في دراسات متابعة سكانية حديثة Gillberge, 1991, Nordin& Gillberge, 1998, Von Knorring & Hagloff, 1993 ، وبصورة عامة، فإن الأطفال ذوي المستويات العليا من الذكاء والذين يتعلمون الحديث قبل سن السادسة، كانت نتائجهم هي أفضل النتائج، وهناك قلة قليلة جداً من هؤلاء يقدمون أداءً جيداً في مرحلة البلوغ، فعلى سبيل المثال، فإن دراسة موسعة أجريت على المصابين باضطراب طيف التوحد خلال فترة ما قبل المدرسة حتى مرحلة البلوغ المبكر قد وجدت أن معدل الذكاء أعلى من 70 يشير إلى الكثير من القوة وقليل من الضعف فيما يتعلق بالوظائف التكيفية كلما تقدم بهم العمر McGovern& Sigman, 2005 ، وكانت النتائج أفضل بالنسبة لأولئك الذين يتفاعلون وينخرطون بكثرة مع أقرانهم. تشير دراسات أخرى أجريت على المصابين باضطراب

التوحد وكان معدل ذكائهم مرتفعا إلى أن معظمهم لا يحتاجون رعاية منزلية، وأن البعض منهم قادر على الانتظام في الذهاب إلى الجامعة، وعلى تشجيع أنفسهم من خلال الوظيفة Yirmiya & Sigman, 1991 . لا يزال كثير من البالغين الذين يتصرفون بشكل مستقل والمصابين باضطراب طيف التوحد مستمرين في إظهار ضعف في العلاقات الاجتماعية Howlin, Goode, Hutton& Rutter, 2004, Howlin, Mawhood & Rutter, 2000 . تتناول جزئية أهم الاكتشاف 13-6 وصف سيدة مصابة بالتوحد والتي تعتبر حياتها في مرحلة البلوغ جديرة بالملاحظة وذلك لأن تميزها المهني كان مقروناً بعيوب توحدية اجتماعية وعاطفية كجزء من اضطراب طيف التوحد.

نظرة على الاكتشاف 14-4

قصة السيدة المصابة بالتوحد والتي تتمتع بمستوى عال من الأداء:

تيمبل جراندين Tample Grandin سيدة مصابة باضطراب التوحد، غير أنها حاصلة أيضاً على درجة الدكتوراه في علم الحيوان، وتدير عملها في تصميم آلات يتم استخدامها مع الحيوانات، كما أنها تدرس في كلية في جامعة ولاية كلورادو. في كتبها الثلاثة التي تناولت سيرتها الذاتية Granelin 1986, 1995, 2008 ، بالإضافة إلى اللمحة التي قدمها عالم الأعصاب أوليفر ساكس Oliver Sacks 1995 كشفت جوانب الغموض في اضطراب التوحد بأسلوب موحي ومؤثر، وقد تم إعداد فيلم سينمائي عن كتابها الصادر عام 1995 التفكير في صور Thinking in Pictures وقد تم عرضه عام 2010 بطولة كلير دانز Clare Danes التي قامت بدور "تيمبل". كما أنها وضعت كتبا أخرى حول عملها المهني مع الحيوانات.

ومن خلال افتقارها إلى فهم تعقيدات وجوانب الرقة الموجودة في التواصل الاجتماعي البشري، وعدم امتلاكها القدرة على التعاطف مع الآخرين، تلخص جراندين علاقتها بالعالم غير المتوحد قائلة: "إنني أشعر في كثير من الأوقات وكأنني عالمة إنسانيات على كوكب المريخ" Sacks, 1995, p.259 .

وتتذكر جراندين من أيام طفولتها سلوكيات اندفاعية مفاجئة ونوبات غضب عنيفة وكذلك انتباها شديد التركيز "إن الانتقائية شديدة للغاية لدرجة أنها قد تعمل على خلق عالم خاص بها، مكان يسوده الهدوء والنظام في قلب الفوضى والاضطراب" Sacks, 1995, p.254 فهي تصف ذلك قائلة: "إن المشاعر والأحاسيس عالية جداً، لدرجة معذبة في بعض الأحيان، وهي تتحدث عن أذنيها وكأنها ميكروفونات صغيرة ضعيفة عندما كان عمرها من 2 : 3 سنوات، تنقل أي شيء بغض النظر عن درجة الصوت وحدته" Sacks, 1995, p.254 .

تم تشخيص حالة جراندين بأنها تعاني التوحد عام 1950 عندما كانت في الثالثة من عمرها، لم تكن تتحدث على الإطلاق، وقد توقع أو تنبأ الأطباء أن مصيرها سيكون الاحتجاز في المستشفى. إلا أنها، وبمساعدة مدرسة تمريض علاجية، وعن طريق المعالجة الكلامية Speech Therapy، فضلاً عن الدعم الذي كانت تلقاه من أسرتها، تعلمت الحديث والكلام عند بلوغها سن السادسة، وبدأت في الاتصال بشكل أوسع بالآخرين. وعلى الرغم من ذلك، فإنها كانت تتساءل عندما بلغت سن المراهقة وبدأت تلاحظ التفاعل بين الأطفال الآخرين، "كانت أحياناً تتساءل، عما إذا كان هؤلاء الأطفال جميعاً تتصل عقولهم ببعضها عن طريق التخاطر" Sacks, 1995, p.272 . فقد وجدت أن قدرة الأطفال الطبيعيين على فهم احتياجات ومتطلبات وأماني بعضهم البعض، وقدرتهم على التعاطف، والاتصال، هي شيء غامض للغاية.

قام ساكس بزيارتها في أحد الأيام في الجامعة التي تدرس بها، وقام بتسجيل العديد من الملاحظات التي تصور الطابع التوحدي لهذه الشخصية غير العادية، يقول ساكس:

"لقد أجلستني في مكتبها، مع إبداء بعض الحفاوة القليلة، وبدون مقدمات، أو حذلقات اجتماعية، وبدون حتى التحدث عن رحلتي أو مدى عشقي لمدينة كولورادو، بل إنها بدأت مباشرة بالحديث عن عملها، متحدثة عن شغفها المبكر بعلم النفس، والسلوك الحيواني، وكيف أنهما مرتبطان بالملاحظة الذاتية. إنهما مرتبطان بالملاحظة الذاتية وعن معنى احتياجاتها الخاصة، كشخص مصاب بالتوحد، وكيف اتحد ذلك مع الجزء التخيلي الهندسي المتقدم جداً في عقلها، مما عمل على توجيهها نحو المجال الخاص الذي اختارته مجالاً لها: وهو تصميم المزارع، ومحلات تسمين الحيوانات، وحظائر الخيل والمواشي، والمسالخ أو المجازر، والعديد من الأماكن التي تستخدم في الإدارة الحيوانية، وقد كانت تتحدث بطلاقة ووضوح، ولكن مع بعض الثبات والاندفاع القوي الذي لا يتوقف، وإذا بدأت جملة أو فقرة، فلابد أن تنهيها، حيث إنها لم تترك شيئاً غير واضح أو معلقا في الهواء" Sacks, 1995, pp.256-257 .

تشير جراندين في كتاباتها إلى أن العديد من الأشخاص المصابين باضطراب التوحد، يعجبون للغاية برحلة النجوم Star Trek وخصوصاً شخصيتي Spock وData، فالأول هو عضو في جماعة Vulcan، وهم كائنات شديدة العقلانية والمنطقية، يستبعدون ولا يولون أي اعتبار للجانب العاطفي في الحياة، أما الثاني فإنه ذو شكل بشري، إنه بمثابة كمبيوتر معقد للغاية، يسكن في جسم الإنسان، وهو مثل Spock تنقصه العاطفة. ومن أحد الموضوعات الدرامية الموجودة في كلتا الشخصيتين بالطبع هي افتقارهما لتجربة العواطف البشرية، والتي تتجلى بصفة خاصة وبشكل حاد عند Data، لقد كانت جراندين 1995 تعاني نفس الموضع أيضاً، كما أوضحت بنفسها عندما كتبت في سن السابعة والأربعين قائلة:

"طوال حياتي كلها وأنا ملاحظة، ودائماً ما كنت أشعر وكأني شخص يقوم بالمشاهدة من الخارج، لم أستطع المشاركة في التفاعلات الاجتماعية، عندما كنت في المدرسة الثانوية.".

وحتى في هذه الأيام، تعتبر العلاقات الشخصية بالنسبة لي بمثابة شيء لا أقدر على فهمه في الواقع، فلقد بقيت عزباء بدون زواج لأن ذلك يساعدني، في تجنب العديد من المواقف المعقدة التي يصعب للغاية التعامل معها، فالرجال الذين يضربون المواعيد الغرامية، غالباً مالا يفهمون كيف يرتبطون بامرأة، إنهم - وأنا شخصياً - يذكرونني بـData، وهو الكائن البشري على Stare Trek. ففي إحدى الحوادث كانت محاولات Data لضرب موعد غرامي بمثابة كارثة، فعندما حاول أن يكون رومانسياً، عن طريق إجراء تغيير في أحد أقسام برنامج الكومبيوتر الخاص به قام بامتداح رفيقته باستخدام مصطلحات علمية. وحتى البالغين الذين يمتلكون قدرة كبيرة، ومصابين بالتوحد، يعانون هذه المشاكل.

وهناك بعض العيوب الموجودة في الأشخاص المصابين بالتوحد تضفي عليهم فتنة وشرفاً، وتجعلهم جديرين بالثقة. وتقول جراندين: "إن الكذب يعتبر شيئاً مثيراً للقلق بشكل كبير، لأنه يتطلب تفسيرات سريعة للإشارات الاجتماعية الصامتة" {والتي لا أقدر عليها} وذلك لتحديد ما إذا كان الشخص الآخر مخادعاً حقاً Grandin, 1995, p. 135 .

يعتبر مستوى جراندين المهني مثيراً للإعجاب، إذ إنها تقوم باستخدام قواها الملحوظة في التخيل والتواصل وتعاطفها مع حيوانات المزرعة، لتقوم بتصميم آلات مثل منحدرات الماء أو مجاري الماء التي ينساق عن طريقها الأبقار إلى المسلخ، مما يأخذها على طريق دائري، وحمايتها من إدراك مصيرها، حتى لحظة الموت. وقد قامت جراندين أيضاً بتصميم وبناء "آلة عصر" وهي جهاز يقدم - قبضات عصر مريحة بدون الحاجة إلى اتصال بشري. وهو يحتوي على جانبين خشبيين منحدرين، أو مائلين، ربما تكون الواحدة منهما بها ثلاثة إلى أربعة أقدام، منجدة ببطانة سميكة وناعمة. وهي متصلة ببعضها عن طريق مفصلات ومثبتة على لوحة طويلة، وضيقة بحيث تشكل وعاء بحجم الجسد وعلى شكل V. ويوجد صندوق تحكم معقد في أحد الأطراف، مع وجود أنابيب تتحمل الضغط الشديد، وتعطي إلى جهاز آخر، في أحد الخزانات. إن الضاغط أو جهاز الضغط الصناعي يقوم بضغط قوي على الحسم ولكنه مريح. من الأكتاف إلى الأقدام Sacks, 1995, pp.262-263 ، وعند تفسيرها للأسباب التي تقف وراء ابتكار هذا الجهاز الغريب قالت: إنها كفتاة صغيرة فإنها تتوق إلى المعانقة والأحضان، غير أنها تخاف بشدة من الاتصال الجسدي بشخص آخر، فعندما تقوم إحدى عماتها ذات الجسد البدين، بمعانقتها، فإن شعوراً بالارتباك يجتاحها، إلا أنه شعور مريح. فالخوف ممزوج باللذة.

لقد بدأت تكون لها أحلام يومية - وكان عددها خمسة فقط في المرة - بآلة سحرية يمكنها أن تقوم بعصرها بقوة، ولكن بلطف، بأسلوب يشبه العناق، وبأسلوب شديد وهي التي تتحكم فيه بأكمله، وبعد مرور عدة سنوات، وفي مرحلة المراهقة، رأت صورة لقناة عصر، مصممة لتقييد العجول، وأدركت أنها هي: عن طريق إجراء بعض التعديلات البسيطة لجعلها ملائمة للاستخدام البشري، ومن الممكن أن تكون آلتها السحرية Sacks, 1995, pp.263 .

وبعدما شاهدها تدير الآلة وتجربها على نفسها لاحظ ساكس:

إن تيمبل لم تحصل من الآلة على اللذة والاسترخاء فقط، ويستطرد، ولكنها تحصل على شعور بالآخرين، إذ إنها تقول إنها عندما ترقد في الآلة، فإن أفكارها في الغالب تنصب على أمها وخالتها المفضلة ومعلماتها، التي تشعر بحبهم لها، وحبها لهم. فهي تشعر أن الآلة تفتح باباً إلى عالم عاطفي قريب وبطريقة اخرى، وتسمح لها، وغالبا ما تعلمها، الشعور بالتعاطف مع الآخرين Sacks, 1995, pp.264 .

يشعر ساكس بإعجاب لا حدود له بنجاح جراندين المهني، وبالحياة الممتعة والمنتجة التي خلقتها لنفسها، ولكن عندما تقترب حياتها من التفاعلات البشرية، فإنه من الواضح أنها لم تحصل على تلك الحياة. "لقد أصبت بصدمة حادة عندما لاحظت الاختلاف الهائل، والفجوة الرهيبة، بين إدراك تيمبل الفوري والبدهي لأمزجة الحيوانات، وإشاراتها وبين المشاكل والصعوبات غير العادية التي تعانيها في فهم الكائنات البشرية، إشاراتهم ورموزهم، والأسلوب الذي يتصرفون به" Sacks, 1995, pp.269 .

إن التفسيرات التي تشبه تفسيرات جراندين وساكس، يمكنها أن تقدم نظرة داخلية على كيفية تكيف وتأقلم الأشخاص مع خصوصياتهم، باستخدام بعض المنح الغريبة التي تعطي لهم أحياناً، ومن خلال العمل حول جوانب النقص التي ترهقهم، يقول ساكس: "إنه على الرغم من أن التوحد قد يتم اعتباره مرضاً نفسياً كمتلازمه أعراض، إلا أنه لابد من النظر إليه على أنه شكل كامل من الوجود، شكل او هوية مختلفة تماما يحتاج إليه الفرد حتى يكون مدركاً وواعياً بنفسه وفخورا بها " Sacks, 1995, pp.277 ، وفي إحدى المحاضرات مؤخراً، اختتمت تيمبل بالقول: "إذا أمكن لي بحركة بسيطة من أصابعي أن أصبح غير مصابة بالتوحد، فإنني لن أقوم بذلك، لأني حينها لن أكون أنا، فالتوحد جزء من كينونتي وشخصيتي" Sacks, 1995, pp.291 .

أسباب اضطراب التوحد :

كانت النظريات السابقة حول أسباب اضطراب التوحد تقول بأن هناك عوامل سيكولوجية هي المسئولة عن ظهور هذا الاضطراب، إلا أن هذه الآراء الضيقة والخاطئة قد حلت محلها حديثا نظريات تقوم على أدلة تثبت أن هناك عوامل وراثية وعصبية تلعب

دوراً مهماً في أسباب هذه الأعراض المحيرة، وعوضا عن نقصان الدعم التجريبي للنظريات النفسية المبكرة، إلا أنها اكتسبت اعترافا لتعفي الوالدين من عبء اتهامهما بأنهما السبب في إصابة أطفالهم باضطراب طيف التوحد.

العوامل الوراثية:

تشير الأدلة إلى وجود عنصر وراثي في اضطراب التوحد، وأن نسبة الوراثة تصل إلى 80، Lichtenstein et al, 2010 ، تبلغ نسبة خطورة الإصابة بالتوحد بين أخوة الأشخاص المصابين بهذا الاضطراب أكبر من نسبتها بين أخوة الأشخاص غير المصابين به Constantino, Zhang, Frazier, et al., 2010, McBride, Anderson, Shapiro, 1996 ، وهناك دليل أقوى على الانتقال الوراثي لاضطراب طيف التوحد، أظهرته دراسات التوائم، والتي وجد أن ما يقرب من 47 و90 بالمئة من التشابه مع اضطراب التوحد، بين التوائم المتطابقين، وذلك مقارنة بين صفر : 20%بمعدلات التوافق أو التشابه بين التوائم الأخويين Bailey, LeCouteur, Gottesman, et al., 1995, Le Couteur, Bailey, Goode, et al, 1996, Lichtenstein et al., 2010 . إلا أن ذلك لا يلغي العوامل البيئية، وعلينا أن نتذكر أن الجينات تقوم بعملها من خلال البيئة. علاوة على ذلك فقد أشارت دراسة توائم حديثة تسمى دراسة التوائم المتوحدين في كاليفورنيا، وقد استخدمت هذه الدراسة أحدث وأكثر الطرق السارية في تشخيص اضطراب طيف التوحد بدلا من اعتمادها على السجلات الطبية أو التقارير الأبوية كغيرها من الدراسات الأخرى، وبخلاف الدراسات الأخرى، فإن هذه الدراسة قد وجدت أن العوامل البيئة المشتركة مثل: التجارب الأسرية المشتركة- راجع الفصل 2 تكون مسئولة عن نصف عوامل خطورة الإصابة بالتوحد Hallmayer, Cleveland, Torres, et al., 2011 .

هناك سلسلة من الدراسات التي تتابع التوائم والأسر التي بها أحد الأفراد مصابا بالتوحد، وتشير هذه الدراسات إلى أن التوحد مرتبط من الناحية الوراثية بمجموعة أكبر من العيوب الطيفية في الاتصال والتفاعل الاجتماعي Bailey, et al, 1995, Bolton, MacDonald, Pickles, et al, 1994, Constantino et al., 2010, Folstein, Rutter, 1977a, 1977b ، فعلى سبيل المثال، فإن معظم التوائم المتطابقة غير المصابة بالتوحد قد أظهرت عيوباً في الاتصال، مثل النمو المتأخر للغة ووجود قصور وضعف في القراءة، وكذلك عيوبا اجتماعية تشمل عدم وجود اتصالات اجتماعية خارج نطاق الأسرة، وعدم وجود استجابة اجتماعية للإشارات الاجتماعية والتقاليد الاجتماعية، وقلة أو انعدام العاطفة التلقائية تجاه مقدمي الرعاية. وعلى النقيض من هذه التوائم المتشابهة لأطفال مصابين بالتوحد يكونون دائماً طبيعيين في نموهم الاجتماعي واللغوي، ويتزوجون ويعيشون بشكل مستقل في مرحلة البلوغ Le Couteur et al., 1996 ، وفي الأسر التي تضم أكثر من

طفل مصاب بالتوحد أو تأخر اللغة، فإن الشقيق غير المصاب تظهر عليه أيضا بعض العيوب في الاتصال والتفاعل الاجتماعي Constantino et al., 2010 وبجمع الأدلة الصادرة عن دراسات التوائم مع الأدلة التي أظهرتها الدراسات الأسرية، نجد أنها تؤيد وبقوة وجود أساس وراثي لاضطراب التوحد.

تحاول الدراسات الجينية الجزيئية أن تحدد مناطق الجينوم التي تحدد خطر الإصابة باضطراب طيف التوحد، وبالعودة لما ذكرناه في الفصل الثاني من أن الدراسات الموسعة للارتباط الجينومي GWAS تبحث عن الفوارق في تتابع الجينات النيوكليدات البوليمورفية المنفردة SNPs وبنية الجين متغيرات عدد النسخ CNVs . وجدت إحدى المجموعات البحثية التي درست متغيرات عدد النسخ CNVs أن الحذف الذي قد يحدث في الكروموسوم 16 مرتبط بالإصابة باضطراب طيف التوحد في ثلاث عينات Weiss, Shen, Korn, et al., 2008 ، حيث يؤدي هذا الحذف إلى تدفق جيني - فليس من المفترض أن يتم حذفه- واقترح الباحثون أنه على الرغم من عدم وضوح السبب في حدوث هذا التدفق، إلا أنه مرتبط بزيادة خطر الإصابة باضطراب طيف التوحد. حددت الدراسات الموسعة للارتباط الجينومي GWAS الأخرى وجود النيوكليدات البوليمورفية المنفردة SNPs بين جينين على الكروموسوم 5 وأن ذلك قد تكرر في عينتين منفصلتين من الأشخاص المصابين باضطراب طيف التوحد Wang, Zhang, Ma, et al., 2009 ، وعينة أخرى من الأشخاص غير المصابين باضطراب طيف التوحد إلا أنهم يواجهون مشاكل اجتماعية عاطفية St. Pourcain, Wang, Clessner, et al., 2010 .

العوامل العصبية:

تربط العديد من الأبحاث والدراسات القصور اللغوي والاجتماعي والعاطفي في اضطراب طيف التوحد بالمخ. حيث إن هناك عددا من الدراسات التي تقوم بفحص المخ في اضطراب التوحد، قد تم تكرارها بشكل جيد، مما يسمح بإعطاء صورة أوضح لما قد يحدث في المخ من أخطاء أو لجوانب الخلل التي تحدث في المخ بين الأفراد المصابين بطيف التوحد. وتبقى المسألة التي تحتاج إلى فهم هي السبب في انحراف المخ في مرحلة مبكرة من النمو.

توصلت الدراسات التي تستخدم أشعة الرنين المغناطيسي MRI إلى أن أدمغة الأشخاص البالغين المصابين باضطراب طيف التوحد وكذلك الأطفال المصابين بالتوحد، أكبر من أدمغة البالغين والأطفال غير المصابين به Courchesne, Carnes& Davis, 2001, Piven, Arndt, Bailey, et al., 1995, 1996 ، وقد أيدت هذه النتيجة الدراسات التي تقوم باستخدام قياسات محيط الرأس، كمؤشر على حجم المخ Courchesne, Carper & Akshoomoff, 2003 ومما يزيد من أهمية وغموض هذه النتائج أن معظم الأطفال

المصابين بالتوحد قد ولدوا بأمخاخ تعتبر إلى حد ما ذات حجم طبيعي، وعلى أي حال، فإنه فيما بين عمر عامين وأربعة أعوام يزداد حجم المخ عند الأطفال المصابين بالتوحد بدرجة كبيرة Courchesne, 2004 . أشارت دراسة موسعة أجريت حول قياس حجم المخ باستخدام أشعة الرنين المغناطيسي MRI عند الأطفال المصابين وغير المصابين بالتوحد عند سن الثانية من العمر ثم تكرار ذلك عند بلوغهم عمر 4 أو 5 سنوات، وقد وجد الباحثون أن الأطفال المصابين بالتوحد كانت أمخاخهم أكبر عند عمر سنتين إلا أنها لم تستمر في التزايد عند عمر 4 أو 5 سنوات، وهذا يوضح أن نمو المخ لا يستمر خلال السنوات الأولى من الحياة Hazlett, Poe, Gerig, et al, 2011 ، إن تزايد حجم المخ الذي يزيد حجمه عن الحجم الطبيعي لا يعتبر بالضرورة شيئاً جيداً، كما أنه قد يشير إلى أن الخلايا العصبية ليست مهذبة بشكل صحيح. فتهذيب الخلايا العصبية يعتبر جزءاً مهماً من عملية النضج التي تحدث للمخ، فالأطفال الأكبر سناً لديهم عدد أقل بكثير من عمليات الاتصال بين الخلايا العصبية، مقارنة بالأطفال الرضع. ومما يلقي المزيد من الغموض حول هذا اللغز، هو أن نمو المخ في حالة التوحد يبدو بطيئا ومتأخرا بشكل غير طبيعي في مراحل الطفولة اللاحقة، ومن المهم أن يدرك الباحثون كيف أن هذا النمط من نمو المخ مرتبط بعلامات وأعراض التوحد، وتجدر الإشارة أيضا إلى ارتباطها باللغة والوظائف الاجتماعية والعاطفية.

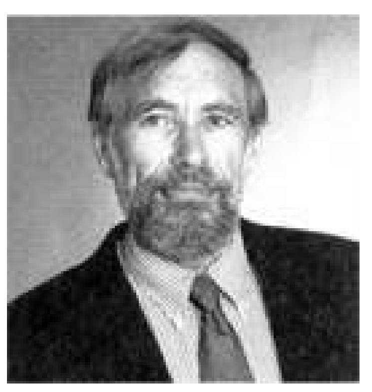
هناك مناطق أخرى في المخ تشترك في اضطراب التوحد أيضاً، فمن خلال ست عشرة دراسة رنين مغناطيسي وتشريح للجثث، قامت بها تسع مجموعات بحثية مستقلة، أظهرت جميعاً وجود جوانب شذوذ في مخيخ الأطفال المصابين باضطراب التوحد Haas,Townsend, Courchesne, et al, 1996 ، كما أن الدراسات الأحدث قد أيدت هذه النتيجة Hardan, Minshew, Harenski, et al., 2001 على سبيل المثال هاردن وآخرون 2001 Harden et al 2001 . توصلت دراسة أخرى إلى أن النزعة الملحوظة بشكل عام عند الأطفال المصابين بالتوحد لاستكشاف الأشياء المحيطة بهم تعتبر أقل من نظيرتها عند الأطفال الآخرين، ويعد هذا مرتبطاً بعلاقة متبادلة بمخيخ أكبر حجماً من الحجم الطبيعي Pierce & Courchesne, 2001 ، فجوانب الشذوذ العصبية عند الأفراد المصابين بالتوحد تشير إلى أنه أثناء مجرى وسير عملية النمو لديهم، فإن خلايا المخ تفشل في الاصطفاف بشكل مناسب، ومن ثم فإنها لا تعمل على تكوين شبكة الاتصالات الموجودة في المخ أو الأمخاخ الطبيعية.

اختبرت دراستان حجم اللوزة لدى الأطفال والبالغين المصابين باضطراب طيف التوحد، وقد أوضحتا أن اضطراب التوحد مرتبط بالمشكلات الاجتماعية والعاطفية، وأن اللوزة مرتبطة بالسلوك الاجتماعي والعاطفي، وتعزو السبب في ذلك إلى تدخل اللوزة في

حدوث اضطراب طيف التوحد، وقد وجدت إحدى الدراسات أن اللوزتين تكونـان أكـبر حجـما عند الأطفال المصـابين باضـطراب التوحـد Munson, Dawson, Abbott, et al., 2006 وأن كبر حجم اللوزة في عمر 3 أو 4 سنوات ينبئ عن مزيد مـن المشـكلات في السـلوك الاجتماعـي والتواصل عند سن 6 سنوات. إن هذه النتائج تتوافق مع الدراسات التي تناولت النمـو الزائـد في مناطق المخ الأخرى. إلا أن الدراسة الأخرى قد وجدت أن صغر حجـم اللـوزة عنـد الإصـابة باضطراب طيف التوحـد يـرتبط بمشـكلات التعـرف عـلى العواطـف الوجهيـة وضـيق منطقـة العينين خلال القيـام بعمليـة التعـرف Nacewicz, Dalton, Johnstone, et al., 2006 . إذا كيف يمكننا أن نتفهم هذه النتائج التي تبدو مختلفة؟ لقد كان المشـاركون في دراسـة ناسـويز Nacewicz وزملاؤه أكبر عمرا، وهذا يشير إلى أن التغيرات التي تطرأ على المخ وتسـتمر خـلال مراحل النمو قد تختلف نتيجة للمشكلات الاجتماعية والعاطفية.

علاج اضطراب طيف التوحد Treatment of Autism Spectrum Disorder:

كانت أكثر الجهود المبشرة في مجال علاج اضطراب طيف التوحـد ASD تتسـم بالطبيعـة السـيكولوجية، وبعـدها تمـت دراسـة طـرق مختلفـة للعـلاج تمـزج بـين المعالجـة النفسـية والعقـاقير، إلا أن نتائجها الايجابية كانت قليلة. تهـدف الطـرق المختلفـة لعلاج اضطراب التوحـد عنـد الأطفـال عـادة إلى تقليـل سلوكهم غير العادي وتحسين مهارات الاتصال والمهارات الاجتماعيـة لـديهم، وفي معظـم الحـالات فكلـما بـدأت المعالجـة مبكـرة، كانـت النتـائج أفضـل. إن الاهـتمام الـرئيس في هـذا المجـال ينصـب عـلى تحديـد الإصـابة باضـطراب طيـف التوحـد مبكـرا، وفي دراسـة موسـعة شـملت الأطفـال المعرضـين لخطـر الإصـابة باضـطراب طيــف التوحــد أحــد الوالــدين أو الأشــقاء مصــاب باضطراب طيف التوحد وأخضعوا للدراسة عند عمر 14 شهرا. وبالرغم من عدم قدرة هـؤلاء الصغار على استخدام اللغة عند هذه السن، إلا أن الباحثين كانوا قادرين على تحديد العيـوب المتعلقة بالانتباه والتواصل، وهذا ما ساعد على توفير تشخيص مبكر للإصابة باضطراب طيـف التوحد.



ايفار لوفاز Ivar Lovaas، معالج سلوكي، اشتهر بطريقته المسماة التكييف الفعال لعلاج الأطفال المصابين بالتوحد

ومن الأهمية بمكان أن نشير إلى أنه على الرغم من أن العوامل الوراثية والعصبية تنال تأييدا تجريبيا أكثر من العوامل النفسية فيما يتعلق بأسباب الإصابة بطيف التوحد، إلا أن المعالجات النفسية تبدو مبشرة في الوقت الحاضر وليست المعالجة الدوائية، فالشاهد هو أن الخلل العصبي يمكن معالجته جيدا بالطرق السلوكية.

المعالجة السلوكية Behavioral treatment:

في أواخر الثمانينيات نفذ إيفار لوفاز Ivar Lovaas برنامجا للعلاج السلوكي يقوم على التكييف الفعال - Operant Conditioning مع أطفال صغار أقل من 4 سنوات مصابين باضطراب طيف التوحد Lovaas, 1987 . تناول العلاج كل الجوانب في حياة هؤلاء لأطفال لمدة أكثر من 40 ساعة في الأسبوع على مدى ما يزيد على العامين. حيث تم تدريب الوالدين بشكل واسع، لذلك فإن العلاج كان من الممكن أن يستمر خلال ساعات عمل الأطفال كلها تقريباً. تمت مقارنة تسعة عشر طفلاً من الذين يتلقون هذا العلاج المكثف بأربعين طفلاً تلقوا علاجاً مماثلاً ولكن لفترة تقل عن 10 ساعات في الأسبوع. كوفئ الأطفال في المجموعتين لأنهم قد أصبحوا أقل عدوانية، وأكثر طاعة، وأكثر لياقة من الناحية الاجتماعية - على سبيل المثال، التحدث واللعب مع أطفال آخرين. كان الهدف من البرنامج هو إعادة الأطفال إلى الأفكار والسلوكيات الطبيعية والمعتادة، على افتراض أن الأطفال المصابين بالتوحد يستفيدون بشكل أكبر - كلما تحسنوا، من وجودهم مع أقران لهم ينمون بطريقة طبيعية، أكثر من استفادتهم إذا تم الإبقاء عليهم مع بعضهم البعض، أو مع أطفال آخرين يعانون اضطرابات خطيرة.

كانت نتائج هذه الدراسة المميزة مثيرة ومشجعة، فقد كان متوسط نسب الذكاء عند الأطفال في المجموعة التي تم معالجتها معالجة مكثفة، 83 في الدرجة الأولى بعدما يقرب من عامين من العلاج المكثف مقارنة بنسبة 55 عند المجموعة الأخرى: كما وصل 12 من الأطفال التسعة عشر -19 إلى المعدل الطبيعي، بالمقارنة باثنين فقط من 40 من الآخرين. علاوة على ذلك فإن 9 من بين -19 من المجموعة التي تلقت علاجاً مكثفاً تم ترقيتهم إلى الدرجة الثانية في مدرسة حكومية نظامية، في حين أن واحداً فقط من المجموعة الكبيرة استطاع أن يحقق هذا المستوى من الأداء. أشارت المتابعة التي تم إجراؤها لهؤلاء الأطفال على مدى 4 سنوات إلى أن المجموعة التي تلقت علاجاً مكثفاً قد حافظت على الدرجات التي حققتها في الذكاء، وفي السلوك التكيفي وعلى الترقي في المرحلة المدرسية McEachin, Smith& Lovaas, 1993 . وبالرغم من أن الانتقادات التي تم توجيهها قد أشارت إلى جوانب ضعف في المنهج الذي اتبعته الدراسة وفي مقاييس ومعايير النتائج Shopler, Short & Mesibov, 1989 ، إلا أن هذا البرنامج

الطموح يؤكد فوائد العلاج المكثف مع المشاركة الفعالة لكل من المتخصصين والآباء في مواجهة التحديات التي يفرضها اضطراب طيف التوحد.

أحد جوانب الضعف الموجودة في الدراسة هو عدم وجود تجربة طبية عشوائية ضابطة، فحتى الآن مازالت تجربة طبية محكمة عشوائية واحدة فقط هي التي يتم استخدامها لقياس فاعلية العلاج السلوكي المكثف على معيار أوسع. قامت هذه الدراسة بمقارنة علاج سلوكي مكثف حوالي 25 ساعة في الأسبوع بدلاً من 40 بالعلاج الذي يتضمن تدريب الوالد فقط Smith, Groen& Wynn, 2000 . بالرغم من أن العلاج السلوكي كان أكثر فاعلية من تدريب الوالدين فقط، إلا أن الأطفال في هذه الدراسة لم يظهروا نفس المكاسب والدرجات التي حققوها في الدراسة السابقة، وربما يكون ذلك ناتجاً عن حقيقة أن العلاج قد استمر لساعات قليلة.

تشير دراسة تحليلية شملت 22 دراسة استخدمت طرق العلاج السلوكي المكثفة سواء في البيئة السريرية أو مع الوالدين كنقطة أساسية لتحديد العلاج، وقد أظهرت نتائج جديرة بالاعتبار. أولها أن متوسط جودة هذه الدراسات على مقياس ما بين 1 إلى 5 حيث إن القيمة 5 تشير إلى الأفضل، فإن المتوسط كان 2.5 فقط. كما أن قليلا منها خضع للبحث السريري العشوائي، وفي كثير منها كانت العينة المبحوثة صغيرة الحجم، وبأخذ هذه العيوب في الاعتبار، فإن حجم الأثر الكلي راجع الفصل 4 كان كبيرا فيما يتعلق بنسبة مقياس الذكاء، ومهارات اللغة، والتواصل الكلي، والاندماج في المجتمع، ومهارات الحياة اليومية Virues- Ortega, 2010 . إن هذه النتائج مشجعة، ولكن يبقى ضرورة الاهتمام بإجراء المزيد من الدراسات الجادة حول هذه الأنماط من المعالجة.

تشير دراسات أخرى إلى أن التعليم الذي يقدمه الوالدان مفيد للطفل، حيث يكون الوالدان مجودين في العديد من المواقف المختلفة، لذا يمكنهم مساعدة الأطفال في تحديد ما يحققونه من مكاسب، فعلى سبيل المثال توصلت مجموعة من الباحثين إلى أن تدريب الوالدين لفترة تتراوح من 25 : 30 ساعة يضاهي في فاعليته فترة قدرها 200 ساعة من العلاج السريري المباشر في تحسين سلوك الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد Koegel, Schreibman, Britten, et al. 1982 . ركزت هذه الجماعة البحثية أيضاً على مقارنة الخطط المختلفة للتدريب السلوكي للوالدين،ووصلت إلى اكتشافات مهمة، فقد وجدوا أن الوالدين من الممكن أن يكونوا أكثر فاعلية إذا تعلموا التركيز على زيادة التحفيز العام والاستجابة لدى أطفالهم بدلاً من تعليمهم التركيز على تغيير السلوكيات الشاذة المستهدفة بشكل فردي بأسلوب متسلسل Koegel, Bimbela& Schreibman, 1996 ، فمثلاً، السماح للطفل باختيار المواد التعليمية، أو تقديم المحفزات الطبيعية له مثل اللعب والثناء الاجتماعي بدلاً من المحفزات الغذائية ومساندة وتشجيع محاولات الاستجابة، وكذلك تصحيح الاستجابات، كل هذه الأشياء قد أدت

إلى تفاعلات أسرية أفضل، وإلى المزيد من الاتصال الفعال بين الوالدين وبين أطفالهم المصابين باضطراب طيف التوحد. وهذه الطريقة الأكثر تركيزاً في العلاج يطلق عليها "علاج الاستجابة المحورية" Pivotal Response Treatment PRT . وهو مصطلح يقوم على فكرة أن التدخل العلاجي في منطقة رئيسة ومحورية قد يؤدي إلى إحداث تغيرات في مناطق أخرى. وقد توصلت عشر دراسات على الأقل إلى أن طريقة PRT تتسم بالفاعلية Koegel, Koegel& Brookman, 2003 .

تهدف العلاجات الأخرى إلى التغلب على مشكلات الاهتمام المشترك والتواصل، وفي دراسة سريرية عشوائية منضبطة أجريت على الأطفال من عمر 3 إلى 4 سنوات المصابين باضطراب طيف التوحد حيث خضعوا بطريقة عشوائية لمعالجات الاهتمام المشترك JA ، واللعب الرمزي SP أو انضموا للمجموعة الضابطة Kasari, Freeman & Paparella, 2006 ، وقد كان الأطفال جميعهم جزءا من برنامج علاجي مبكر، وكان علاج الاهتمام المشترك واللعب الرمزي علاجين إضافيين لمدة 30 دقيقة يوميا طوال 6 أسابيع. أظهر الأطفال ضمن مجموعة علاج الاهتمام واللعب الرمزي تحسنا أكثر من الأطفال في المجموعة الضابطة واستمروا كذلك لمدة تراوحت بين 6- 12 شهرا بعد المعالجة، وكان لدى الأطفال في مجموعتي علاج الاهتمام المشترك واللعب الرمزي مهارات لغوية أكثر من أطفال المجموعة الضابطة Kasari, Paparella, Freeman& Jahromi, 2008 .

العلاج بالعقاقير:

أكثر الأدوية استخداماً في علاج المشكلات السلوكية عند الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد هو عقار الهالوبريدول Haloperidol واسمه التجاري هالدول Haldolهو دواء مضاد للذهان يستخدم في علاج الفصام. أوضحت بعض الدراسات الضابطة أن هذا العقار يقلل من الانسحاب الاجتماعي، والسلوك االحركي النمطي، وكذلك سلوكيات سوء التأقلم مثل التشويه الذاتى للجسد، والعدوان Anderson, Campbell, Adams, et al., 1989, McBride et al., 1996, Perry, Cambell, Adams, et al., 1989 . لا يستجيب كثير من الأطفال بشكل فعال للعقار. إلا أنه لم تظهر أية تأثيرات فعالة على جوانب أخرى من اضطراب طيف التوحد، كالأداء الوظيفي الاجتماعي، وضعف اللغة. وكذلك فربما تكون لعقارHaloperidol آثار جانبية خطيرة. وفي إحدى الدراسات المطولة ظهر أن ما يزيد على 30% من الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد يعانون صعوبة الحركة dyskinesias الناتجة عن استخدام العقاقير، أو اضطرابات تشنج العضلات، بالرغم من أن معظمها قد اختفى بعد انسحاب العقار Campbell, Armentors, Malone, et al., 1997 .

شجعت الأدلة التي تشير إلى أن الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد لديهم مستويات مرتفعة من السيروتونين Anderson& Hoshino, 1987 Serotonin الباحثين على البحث عن أدوية تقلل من نشاط السيروتينين، كانت هناك موجة أولية من المطالبات والدعاوي المتحمسة بأن الفينفلورامين Fenfluramine، وهو عقار مشهور ومعروف بقدرته على تقليل مستويات السيروتونين في الفئران والقرود كان مرتبطا بتحسن مثير في العمليات السلوكية والفكرية للأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد Ritvo, Freeman, Geller, et al., 1983 . توصلت الدراسات لاحقا إلى نتائج أكثر ضعفا Leventhal, Cook, Morford, et al., 1993 ، فبالرغم من أن Fenfluramine قد يؤثر لدى بعض الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد محدثا تحسنا طفيفا في تكيفهم الاجتماعي، وزيادة انتباههم، ومستوى نشاطهم، وسلوكهم النمطي، إلا أن ذلك لم يكن مصحوباً بتأثير مستمر على مماثل على المعايير المعرفية مثل مقياس الذكاء أو الأداء اللغوي.

قام الباحثون أيضاً بدراسة عقار الـnaltrexon، وهو مقاوم للمستقبلات، فوجدوا أن هذا العقار يؤدي إلى تقليل النشاط المفرط عند الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد، ويؤدي إلى تحسن متوسط في المبادرة في الاشتراك في التفاعلات الاجتماعية Aman& Langworthy, 2000, Willemsen- Swinkle, Buitelaar& van Engeland, 1996, Williams, Allard, Spear, et al, 2001 . أشارت دراسة ضابطة إلى حدوث تحسنات طفيفة في استهلال علاقات الاتصال كذلك Kolmen, Feldman, Handen, et al., 1995 . إلا أن دراسات أخرى توصلت إلى عدم وجود تغيرات في الاتصال أو في السلوك الاجتماعي Feldman, Kolmen& Gonzaga, 1999, Willemsen- Swinkels et al., 1996, Willemsen- Swinkels, Buitelaar, Weijnen, et al., 1995 . لا يبدو أن العقار يؤثر على الأعراض الجوهرية لاضطراب طيف التوحد، وتشير بعض الأدلة إلى أنه إذا تم تناوله بجرعات محددة، فقد يؤدي إلى زيادة السلوكيات الضارة بالنفس Anderson, Hanson, Malecha, et al., 1997 .

وبإيجاز فإن العلاج الدوائي لاضطراب طيف التوحد يعد الأقل فاعلية بين طرق المعالجة السلوكية حتى الآن.

ملخص

الأوصاف السريرية:

تقسم اضطرابات الطفولة في الغالب إلى قسمين: اضطرابات خارجية، واضطرابات داخلية. وتتميز الاضطرابات الخارجية ببعض السلوكيات مثل العدوانية، وعدم الطاعة، والنشاط المفرط، واضطراب السلوك، واضطراب التحدي المعارض. أما الاضطرابات

الداخلية فإنها تتميز بسلوكيات مثل الاكتئاب والانسحاب الاجتماعي، والقلق، كما أنها تشمل قلق الطفولة، واضطرابات الحالة المزاجية.

ويعتبر اضطراب نقص الانتباه وزيادة النشاط ADHD نمطا مزمنا من عدم الانتباه والنشاط الزائد والاندفاع والذي يعد أكثر تكراراً وأشد حدة مما يتم ملاحظته في الأطفال في سن معينة على وجه التحديد. ويعد اضطراب السلوك في بعض الأحيان نذيراً أو مقدمة للإصابة باضطراب الشخصية المعادية للمجتمع في مرحلة البلوغ، بالرغم من أن العديد من الأطفال الذين يحملون هذا التشخيص لا تسوء حالتهم إلى هذا الحد. وهذا الاضطراب يتميز بالمستويات العالية والممتدة من العدوان، والكذب، والسرقة، والتخريب، والقسوة مع الأشخاص الآخرين وتجاه الحيوانات أيضاً، وأفعال أخرى تنتهك المعايير والقيم الاجتماعية.

وتتشابه اضطرابات القلق والحالة المزاجية عند الأطفال بنفس الاضطرابيين عند البالغين في بعض الجوانب. إلا أن الاختلافات التي تعكس الاختلافات في المراحل العمرية تعتبر مهمة أيضاً.

تشخص حالة الطفل بأنه يعاني اضطرابات التعلم عندما يفشل في النمو والتطور بالدرجة المتوقعة والمناسبة لمستواه العقلي في جانب أكاديمي أو تواصلي أو حركي من المهارات، وفي الغالب يتم تحديد هذه الاضطرابات وعلاجها داخل النظام المدرسي بدلاً من عيادات الصحة النفسية. تشير الأدلة إلى أن التداخلات البيئية الجينية تؤثر على عسر الحساب، كما أشارت دراسات fMRI إلى مناطق مختلفة من المخ ترتبط بعسر القراءة وعسر الحساب.

معايير الإعاقة العقلية وفق الدليل التشخيصي- الإصدار الخامس تتضمن: خللا في الوظائف العقلية والسلوك التكيفي وتكون البداية خلال فترة النمو. يركز معظم المتخصصين بشكل أكبر على جوانب القوة عند الأفراد المصابين بإعاقة عقلية. هذا التغير بالتأكيد مرتبط بمحاولات متزايدة لتصميم وابتكار تدخلات علاجية سيكولوجية وتعليمية تشكل معظم قدرات الأفراد. لم يعد مصطلح "التخلف العقلي" مستخدما في الإصدار الخامس.

يبدأ اضطراب التوحد في مرحلة مبكرة من العمر، وتزايد عدد الأطفال المصابين به سنويا. تتضمن الأعراض الرئيسة في الفشل في الارتباط بالأشخاص الآخرين، ومشاكل في الاتصال، ويكون مصحوباً إما بفشل في تعلم أي لغة أو عدم انتظام مثل التصدية اللفظية echolalia والضمير المعكوس، ومشاكل نظرية العقل.

الأسباب:

هناك أدلة قوية تشير إلى وجود عوامل وراثية وعصبية بيولوجية ضمن أسباب اضطراب ADHD. ويعتبر انخفاض الوزن عند الولادة أو تدخين الأم من عوامل الخطورة أيضاً، وتتفاعل العوامل الأسرية مع هذه الخطورة الوراثية.

ومن بين العوامل الواضحة لأسباب وخطورة اضطراب السلوك: الاستعداد الوراثي، وعدم كفاية تعلم الوعي الأخلاقي، والتقليد، والتعزيز المباشر على السلوك المناهض للمجتمع، والتأثيرات السلبية للأقران، والعيش في مناطق فقيرة تنتشر فيها الجرائم.

وهناك اعتقاد بأن العوامل المسببة لكل من اضطراب القلق واضطراب الحالة المزاجية عند الأطفال هي ذاتها المسببة لنفس الاضطرابين عند البالغين، إلا أن هناك حاجة لمزيد من الأبحاث.

هناك أدلة متزايدة تشير إلى أن أكثر اضطرابات التعلم التي تم دراستها على نطاق واسع هو عسر القراءة dyslexia، ويتضمن عناصر وراثية وعناصر بيولوجية عصبية أخرى.

تحتوي بعض أشكال الإعاقة العقلية على أساس عصبي بيولوجي، مثل حالة -Trisomy الكروموسومية التي تسبب متلازمة داون، كما أن بعض الأمراض المعدية في مرحلة الحمل عند الأم، مثل فيروس نقص المناعة HIV، والحصبة الألمانية قد تعوق عملية النمو المعرفي والاجتماعي عند الطفل. كما أن العوامل البيئية مثل الطلاء باستخدام الرصاص قد تتسبب في الإعاقة العقلية.

قدمت دراسات الأسرة والتوائم دليلاً قوياً على وجود نزعة واستعداد وراثي للإصابة باضطراب طيف التوحد. إلا أن العوامل البيئة لها دور هي الأخرى. وجدت أنماط للشذوذ في مخ الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد وهي تشمل: النمو الزائد للمخ قبل بلوغ الثانية من العمر، وشذوذا في المخيخ.

المعالجة :

- يشمل العلاج المختلط أو المركب العقاقير المنبهة مثل الأديرالِ Adderall الريتالين Ritalin والتشجيع على المواظبة على المهمة. أظهرت هذه الأنواع من العلاج فاعلية في تقليل أعراض اضطراب ADHD.
- ومن أكثر الطرق نجاحاً في علاج الأشخاص الصغار المصابين باضطراب السلوك هي الطرق التي تتضمن تدخلاً علاجياً مكثفاً في أجهزة متعددة بما فيها الأسرة، والمدرسة، والأقران.
- أكثر الطرق العلاجية فاعلية في علاج اضطرابات الحالة المزاجية والقلق هي المعالجة السلوكية المعرفية. أما العلاج الدوائي فله فاعلية في علاج الاكتئاب بين المراهقين بالرغم من أن استخدامه يثير جدلاً واسعاً.
- أكثر التدخلات العلاجية لعلاج عسر القراءة وعسر الحساب هي المعالجة التعليمية.
- يتم استخدام التحليل السلوكي التطبيقي، والتدريب التعليمي الذاتي، والتقليد في علاج المشاكل السلوكية لدى الأشخاص الذين يعانون إعاقة عقلية وتحسين مهاراتهم المتعلقة بحل المشكلات.

- أكثر الطرق العلاجية نجاحا في علاج اضطراب طيف التوحد هي التي تتضـمن التـدخلات العلاجية النفسية والسلوكية المكثفة، والعمل مع الوالدين. تم استخدام العديد من طرق العلاج بالعقاقير، غير أنها أظهرت فاعلية أقل من التدخلات السلوكية.

الفصل الرابع عشر

مرحلة الشيخوخة

والاضطرابات العصبية المعرفية

14

الفصل الرابع عشر
مرحلة الشيخوخة والاضطرابات العصبية المعرفية

ترجمة

د/ أمثال هادى الحويلة

الأهداف التعليمية ... أن تكون قادرًا على:

1- وصف الأفكار الخاطئة الشائعة حول التغيرات المرتبطة بالسن، بالإضافة إلى فهـم التغـيرات الحقيقية المرتبطة بالسن.

2- دراسة القضايا التي تنطوي عليها عملية إجراء الأبحاث حول الشيخوخة.

3- وصف انتشار الاضطرابات النفسية في مرحلة الشيخوخة، والموضوعات المشاركة في تقدير مدى الانتشار.

4- تفسير الأعراض، والأسباب، وعلاج الأشكال الرئيسة من الخرف dementia.

5- توضيح أعراض، وأسباب، وعلاج الهذيان delirium.

الحالة الإكلينيكية "هنري" Henry

كان "هنري" رجل أعمال يبلغ من العمر 56 عامـا، وقـد تـم إدخالـه إلى المستشـفى لإجـراء جراحة تركيب قرص في العنق. ولأن جدول أعماله ممتلئ عن آخره، وبسبب قلقه مـن الجراحـة، فقد قام بإلغاء إذني دخول قبل ذلك، وبالرغم من أن "هنري" كان مسرفا في الشراب، إلا أن شربـه لم يعقه عن أداء عمله على الإطلاق. ولم تكن هنا تعقيدات مبـاشرة في الجراحـة، بـل إن المـريض بدا أنه يمضي في طريق الشفاء الطبيعي منذ البداية، وبالرغم من ذلك، ففـي أثنـاء الليلـة الثالثـة بعد العملية، أصبح قلقا للغاية، وغير قادر على النوم. وفي اليوم التالي كـان واضـحا عليـه الإعيـاء والتعب، في الليلة التالية أصبحت حالة الأرق والقلق أكثر حـدة ووضـوحا، بالإضـافة إلى أنـه قـد أصبح خائفا، ومع مرور الليل، كان يتخيل أنه يرى أشخاصـا يختبئـون في حجرتـه، وقبيـل الفجـر، قال للممرضة إنه رأى حيوانات صغيرة غريبـة تتقـافز فـوق سريـره، وتتشـبث بملابسـه. وعنـدما انبلج ضوء الصباح، كان المريض مذعورا للغاية، كان شارد الذهن، فاقد الهمة، غير متماسك وهـو يحاول أن يحكي عما شهده في الليلة الفائتة من أحداث، لقد عرف من هو، وأين كان، غير أنـه لم يستطع أن يعرف التاريخ أو حتى متى قام بإجراء الجراحة. ومـع هبـوط الليـل، كـان قـد أصـبح تائها للغاية، وقلقا بشكل كبير، وعند ذلك أمكن الحصول على استشارة طبية نفسية.

وقد كـان تشـخيص المعـالج الـنفسي هـو الهـذيان Delirium، ومـن المحتمـل أن يكـون ناتجا عن عدة عوامل منها: الانسحاب من الكحـول، أو اسـتخدام مسـكنات قويـة، أو المشـقة

الناتجة عن العملية. وقد كان العلاج عبارة عن أدوية مخففة للآلام، وإضاءة الحجرة بشكل جزئي أثناء الليل، وأن يتواجد أحد أفراد الأسرة بشكل دائم، مع إعطائه 50 مجم من "ثورازين" Thorazine لمدة ثلاث مرات يوميا، وكذلك 500 مجم من "هيدرات الكلورال" Chloral Hydrate عند النوم. وقد ظهر مفعول العلاج وتأثيره في تغيير حالته المرتبكة في خلال يومين اثنين، فقد كان قادرا على العودة إلى المنزل بشكل أسبوعي بدون أن تظهر عليه آية أعراض . Strub & Black, 1981, pp. 89-90

نركز في هذا الفصل على الاضطرابات النفسية في مرحلة الشيخوخة. فالشيخوخة من أكثر المراحل استهدافًا للاضطرابات العصبية المعرفية للخرف والهذيان، ونستعرض هذه الموضوعات بالتفصيل. ونبدأ بمراجعة بعض الموضوعات العامة التي تعد على جانب من الأهمية بالنسبة لدراسة الشيخوخة. ونصف الخرافات الشائعة عن الشيخوخة، والتحديات التي تواجه كبار السن، وبعض نقاط القوى الملاحظة مع كبر العمر. وتمثل إجراء البحوث على هذه النقاط من خلال الموضوعات المنهجية، ونناقش بعض هذه الموضوعات المؤثرة في النتائج. ونصف الأدلة عن انخفاض انتشار الاضطرابات النفسية مثل الاكتئاب، والقلق، وسوء استخدام المواد في الشيخوخة. وفي ضوء هذه الخلفية نتجه نحو الخرف والهذيان كموضوعات أساسية في هذا الفصل.

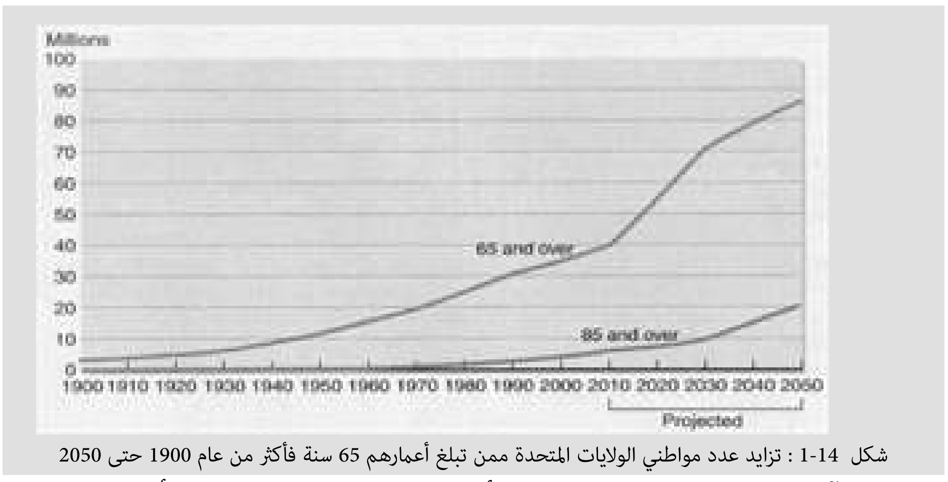
الشيخوخة: قضايا ومناهج:

مع تقدمنا في العمر، لا مفر من حدوث التغيرات الفسيولوجية، بالإضافة إلى التغيرات الانفعالية والعقلية. والكثير من هذه التغيرات يتداخل مع التفاعلات الاجتماعية. وعلى عكس ما هو سائد في معظم الدول الآسيوية، لا يتمتع كبار السن بعلاج جيد في الولايات المتحدة. فعملية التقدم في السن تعد من الأمور المخيفة بل والمثيرة للاشمئزاز لدى العديد من الأفراد. وربما ينبع عدم اهتمامنا بكبار السن من الخوف الكامن في أعماقنا من عملية التقدم في السن، فالفرد المسن والذي يعاني العديد من مظاهر الضعف والعجز الخطيرة، هو نذير غير مرحب به، يذكرنا بأننا قد يأتي علينا يوم من الأيام تكون فيه مشيتنا مقلقة ومترنحة، وتكون رؤيتنا أقل وضوحا، ونتذوق الطعام بشهية وحماسة أقل، ونتعرض للمزيد من الأمراض الجسدية.

وقد تكون المشكلة الاجتماعية المتمثلة في الشيخوخة أكثر حدة بالنسبة للنساء بصفة خاصة. وحتى مع زيادة الوعي في العقود الثلاثة الماضية، فما يزال مجتمعنا غير مستعد لتقبل السيدات اللائي ضربتهن التجاعيد وغزا أجسادهن الضعف والوهن، وبالرغم من أن الرجال ذوي الشعر الأشيب عند الصدغين، أو حتى الرجال ذوي الرؤوس الصلعاء، ينظر إليهم على أنهم مميزون في أغلب الأحيان، إلا أن علامات الشيخوخة عند المرأة ليست

موضع تقدير في الولايات المتحدة والعديد من الدول الأخرى، تستهلك صناعات الجراحة التجميلية والجراحة التعويضية بلايين الدولارات كل عام مستغلة المخاوف القابعة في أعماق السيدات من إظهار سنهن الحقيقي [1]. وعلى أي حال، فطبقًا لما أظهرته بعض التجارب، فإن كون الفرد أنثى فإن ذلك يمنعها من التمتع ببعض الفوائد الصحية العقلية كلما تقدم الأفراد في السن.

ويتم تحديد الأفراد كبار السن، بأنهم أولئك الذين تعدوا سن الخامسة والستين، وهو حكم اعتباطي تعسفي نابع من بعض السياسات الاجتماعية بشكل أكبر من صدوره عن أي عملية نفسية. ولكي يقوموا ببعض الإصلاحات الواضحة، فإن المتخصصين في علم نفس الشيخوخة يقسمون الأفراد الذين تزيد أعمارهم على 65 عاما إلى ثلاث فئات: صغار السن، وهم أولئك الذين تبلغ أعمارهم من 65: 74عاما، ومجموعة كبار السن، وهم أولئك الذين تبلغ أعمارهم من 75 : 84عاما، والمجموعة الأكبر سنا وهم أولئك الذين تزيد أعمارهم على 85 عاما.



شكل 14-1 : تزايد عدد مواطني الولايات المتحدة ممن تبلغ أعمارهم 65 سنة فأكثر من عام 1900 حتى 2050

وفي آخر تعداد للسكان، بلغت نسبة الأفراد الذين يبلغون 65 عاما فأكثر 12.4% 35 مليون نسمة من سكان الولايات المتحدة الأمريكية. ويوضح شكل 14-1 الزيادة المثيرة في عدد كبار السن الأمريكيين بمرور الوقت. وكما كان في عام 2009، فقد كان

1- وبالرغم من ذلك ينبغي الإشارة إلى أن العديد من الرجال يقومون بإجراء جراحات تجميلية لكي يظهروا بمظهر أصغر من سنهم الحقيقي.

هناك 50.000 مواطن على الأقل تبلغ أعمارهم 100 عام U. S. Bureau of the Census, 2010 ؛ وبحلول عام 2050، من المتوقع أن يزداد الرقم عشرة أضعاف ليصل إلى 800 ألف مواطن U. S. Bureau of the Census, 2010 .

وبافتراض وجود هذه الإحصائيات، فإنه ليس من المدهش أن يقوم 69% من الاختصاصيين النفسيين بإجراء عمل طبي سريري على أفراد بالغين من كبار السن Qualls, Segal, Norman, et al., 2002 . وبالرغم من ذلك، فإن ما يعد مبعث قلق رئيس هو أن ما يقل عن 30% من الاختصاصيين النفسيين يقولون إنهم قد تلقوا أي تدريب رسمي حول المسائل المتعلقة بمرحلة الشيخوخة Qualls. et al 2002 .

الأساطير التي تدور حول الشيخوخة:

تؤكد المبادئ الأخلاقية للجمعية الأمريكية للطب النفسي على أنه من الضروري بالنسبة الاختصاصيين النفسيين الذين يعلمون مع كبار السن أن يختبروا أفكارهم النمطية عن مرحلة الشيخوخة American Psychiatric Association, 2004 . إن معظم الأفراد في الولايات المتحدة لديهم تصورات معينة حول مرحلة الشيخوخة. ومن الأساطير الشائعة أو الخرافات فكرة أننا سنصبح ضعفاء واهنين ومترنحين. ويساورنا القلق بأننا لن نكون سعداء، أقل تعايشا واحتمالا للمنغصات والمتاعب، وسوف يصبح اهتمامنا محصورا في صحتنا الواهنة، ونحن قلقون لأننا سنصبح وحيدين، وأن حياتنا الجنسية لن تكون مرضية أو على ما يرام.

وقد تم دحض كل هذه الخرافات واحدة واحدة. فكما سنرى، لا تحدث المشكلات المعرفية الحادة لمعظم الأفراد في مرحلة الشيخوخة، بالرغم من أن الانخفاض الخفيف في الوظيفة المعرفية يعتبر شائعًا Langa, Larson, Karlawwish, et al., 2008 . فكبار السن من سن 60 عاما فأكثر يتعرضون فعليا لدرجة أقل من الانفعالات السلبية مقارنة بالأفراد الأقل سنا من سن 18 - 30 عاما Lawton, Kleban, Dean, et al., 1992 . وبالرغم من أن البعض قد يظن أن هذه النتائج هي محض حقائق مصطنعة يدعيها الأفراد كبار السن الذين لا يرغبون في الإفضاء بمشاعرهم السلبية للباحثين، فإن الدراسات المعملية تشير أيضا إلى أن كبار السن يتسمون بالمهارة في تنظيم انفعالاتهم. فمثلا، عندما يتم سؤال الأفراد المسنين أو يطلب منهم أن يفكروا أو يتحدثوا عن موضوعات مهمة من الناحية العاطفية فإنهم يظهرون تراجعا فسيولوجيًا بدرجة أقل مما يقوم به الأفراد الأصغر سنا Kisley, Wood, & Burrows, 2007; Levenson, Carstensen, & Gottman, 1994 . وعندما يرون صورا إيجابية، فإنهم يظهرون درجة أكبر من النشاط الفعال في المخ، في المناطق العاطفية الرئيسة، أكثر مما يفعل الأفراد الصغار في السن Mather, Canli, English, et al., 2004 . وفي الواقع فإن

الأفراد كبار السن يميلون إلى الإبلاغ بشكل قليل عن الأعراض الجسدية، وربما يكون ذلك مرجعه إلى الاعتقاد بأن الآلام المتواصلة، والأوجاع هي جزء أساسي من حياة مرحلة الشيخوخة. فالأفراد في مرحلة الشيخوخة ليس من المرجح أن تنطبق عليهم معايير ظهور معاناة نفسية من خلال وجود اضطرابات الأعراض الجسدية مقارنة بالأفراد صغار السن Regieo, Boyd, Burke, et al., 1988; Segler & Costa, 1985 .

وهناك خرافة أخرى تقول بأن كبار السن يعانون الوحدة، وقد لقيت هذه الخرافة اهتماما كبيرا. إلا أن الحقيقة هي أن عدد الأنشطة الاجتماعية لا يرتبط بالحالة النفسية الجيدة بين كبار السن Carstensen, 1996 . فكلما تقدمنا في السن، فإن اهتماماتنا تتغير من البحث عن تفاعلات اجتماعية جديدة إلى محاولة الحفاظ على وتنمية ذلك العدد المحدود من العلاقات الاجتماعية التي تهمنا بالفعل. مثل العلاقات مع الأسرة، ومع الأصدقاء المقربين. وقد أطلق على هذه الظاهرة اسم "الانتقاء الاجتماعي" Social Selectivity.



يتعارض مع الصور النمطية،أن العديد من كبار السن مازالوا يحافظون على الاهتمام بالجنس. وتشير الدراسات إلى أن معدل النشاط الجنسي بين الأزواج الأصحاء في السبعينات لا يزال مرتفعا

وعندما لا يكون هناك متسع من الوقت أمامنا، فإننا نميل إلى إضفاء قيمة أكبر على المودة والألفة العاطفية بدلا من تعلم المزيد عن العالم. وينطبق هذا التفضيل ليس على كبار السن فحسب، بل على الصغار أيضا، الذين يرون أن ما لديهم من وقت يعد محدودا، كما هى الحال عندما يعدون العدة للسفر بعيدا عن منزلهم Frederickson & Carstensen, 1990 أو إذا كانوا مصابين بالإيدز، أما إذا كنا لا نستطيع أن ننظر للمستقبل على أنه بلا نهاية فإننا نفضل حينها قضاء وقتنا المحدود مع أصدقائنا المقربين وليس مع المعارف العامة، مثل الغرباء في أحد المراكز الترفيهية لكبار السن، وإلى أولئك الذين لا يعرفون هذه التغيرات المرتبطة بالسن، فإن الانتقائية الاجتماعية يمكن أن يتم تفسيرها على نحو خاطئ بأنها انسحاب اجتماعي ضار.

وأخيرا، وعلى العكس من الاعتقاد السائد، فإن كبار السن لديهم اهتمام كبير بالجنس وقدرة جيدة على الممارسة الجنسية Deacon, Minichiello, & Plummer, 1995 . ومن بينهم ذوو وجود شركاء وصحة جسمية جيدة مازالوا يمارسون النشاط الجنسي Lindau, Schumm, Laummann, et al., 2007 .


تنخفض جودة النوم لدى كبار السن

باختصار، فإن كبار السن لديهم العديد من الخبرات والتجارب الإيجابية في الحياة، والعديد من آليات التعايش، والكثير من الحكمة التي تصلح منهجا للسير عليها. ولذلك فإن العديد من الأفكار النمطية التي نتمسك بها حول كبار السن هي أفكار خاطئة. وبعيدا عن افتراضات الاستفتاء، فمن المهم أن ندرك أن كلمة اختلاف هي أنسب كلمة تنطبق على الأفراد كبار السن، إذ إن الأفراد من كبار السن يختلفون ليس فقط فيما بينهم، من شخص لآخر، لكنهم يختلفون بشكل أكبر عن بعضهم البعض بشكل لا يوجد بين الأفراد في أي فئة عمرية أخرى. أو أن التشابه يقل بين الأفراد كلما تقدمت بهم السن، ولذلك فإن القول بأن كل الأفراد كبار السن يتسمون بالتشابه فيما بينهم هو حكم خاطئ يتشبث به بعض الأفراد. فالتفكير الصادق ولو للحظة واحدة، قد يكشف عن أن هناك صفات معينة تتوارد إلى الذهن إذا سمعنا أن شخصا ما يبلغ من العمر 67 عاما مثلا، غير أن معرفة أن شخصا ما يبلغ من العمر 67 عاما هي شيء ضئيل جدا مما يجب معرفته عنه أو عنها. إذ إن كل شخص من كبار السن يصل إلى مرحلة الشيخوخة وهو يحمل معه تاريخا من النمو والتطور يجعل من ردود أفعاله حول المشكلات العادية شيئا متفردا.

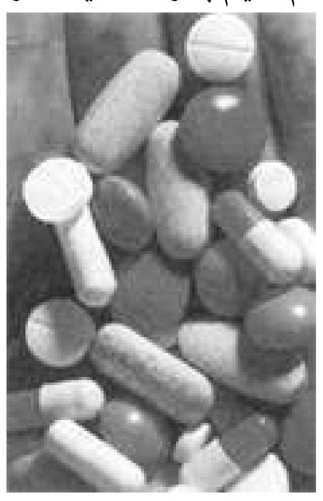
المشكلات التي يمكن مواجهتها في مرحلة الشيخوخة :

من المعلوم أن الصحة العقلية ترتبط ارتباطا وثيقا بالمشكلات الجسدية والاجتماعية في حياة الفرد، وليس هناك فئة عمرية تتعرض لهذه المشكلات سوى فئة كبار السن، فهم يتعرضون لهذه المشكلات جميعا - الهبوط البدني، وجوانب القصور والعجز. وجوانب الضعف الحسية والعصبية، وفقدان المحبين، والآثار المتراكمة للتجارب المريرة التي وقعت أثناء رحلة الحياة، والضغوط الاجتماعية، مثل اتجاهات الوصمة نحو كبار السن. ويعاني حوالي 80% من الأفراد كبار السن مشكلة طبية واحدة كبرى على الأقل National Academy on an Aging Society, 1999 . وكما وصف أحد الكتاب بأن "الشيخوخة ينبغي أن تتسم بالجودة مثل التغلب في دورة الألعاب الأولمبية" Fisher, 2011, p.145 .

وهناك وجه خاص من عملية التقدم في السن أو الشيخوخة، يستحق اهتماما من نوع خاص، فكلما تقدم الأفراد في السن، قلت قدرتهم على النوم، كما تقل درجة العمق في نومهم، ولذلك، فإنه عند سن الخامسة والستين، يشكو 25% من الأفراد من معاناتهم

مشـكلة الأرق Mellinger, Balter, & Uhlenhuth, 1985 . ومـع التقـدم في السـن، تتزايـد معدلات الاختناق أثناء النوم sleep apnea، وهو اضطراب يتوقف الفرد فيه عن التنفس لمـدة ثوان أو دقائق أثناء الليل Prechter & Shepard, 1990 . وغالبـا مـا ينـتج الأرق عـن الآثـار الجانبية للدواء Rodin, McAvay, & Timko, 1988 ، أو يكون ناتجا عن الآلام التي تسببها بعض الأمراض أو المشكلات الطبية Prinz & Raskin, 1978 . وقد تتسـبب مشـكلات النـوم المزمنة والتي لا علاج لها في تدهور المشكلات الصحية البدنية والنفسية والمعرفيـة عـلى سـواء، بل ويمكنها أيضا أن تؤدي إلى زيادة خطر الوفاة Ancoli, Kripke, Klauber, et al., 1996 . وقد اتضح أن العلاج النفسي يخفض الأرق بين كبـار السـن McCurry, Logsdon, Teri, et al., 2007 .

وهناك العديد من المشكلات الناتجة عن العلاج الـدوائي تظهـر في مرحلـة الشـيخوخة، ومن إحدى المشكلات الرئيسة هى أن المشكلات الصحية المزمنة التي يعانيها كبار السن من النادر أن تخف، وقد يصاب الأطباء الذين يركزون على وصف الأدوية بالإحبـاط، إذا لم يكـن هناك أي نوع من الأدوية متوافرا Zarit, 1980 . وهناك مشكلة أخرى يتسبب فيها بشـكل جزئي نظام الرعاية الصحية الذي يعاني ضـغط وضـيق الوقـت، فقـد يكتفـي الأطبـاء بكتابـة وصفة طبية على أمل تفادي الشكاوي، وذلك بدلا من قضاء الوقت في اكتشـاف مـا يتسـبب حقا في إيلام المريض المسن. بل إن الأطباء قد يعمدون إلى عدم القيام بمعرفة الأدوية الأخرى التي يتناولها المريض في الوقت الحـالي، وقـد لا يعرفـون مـا إذا كـان المـريض قـد قـام بعـرض نفسـه عـلى العديـد مـن الأطباء أم لا. وهو إجراء معتاد لدى المرضى المسنين. فحوالي ثلث الأفراد كبار السن يوصف لهم على الأقل خمسة أدوية Qato, Alexander, Conti, et al., 2008 . ويمكـن لتعـدد الأدويـة Polypharmacy أو وصـف العديـد مـن العقـاقير للمـريض أن يـؤدي إلى: زيـادة خطـر التفـاعلات المعاكسـة للدواء أو العقار، والتي قد تتسبب في آثـار جانبيـة هائلـة، وفي السمية toxicity، وقد ينتج عنها أيضـا تفـاعلات مثـيرة للحساسية، وفي الغالب، فإن الأطباء يلجأون إلى كتابة المزيد من الأدوية لمقاومة الآثار الجانبية، وهكـذا تسـتمر الحلقـة المفرغة.



تعدد الأدوية يعتبر أمرًا شائعًا بين كبار السن

ومن جوانب التعقيد الأخرى في الصورة، هو أن معظم العقاقير ذات التأثير النفسي، يتم تجربتها واختبارها على أفراد أصغر سنا، وبالتالي فإن تقدير الجرعة المناسبة والتي تؤدي إلى التقليل من الامتصاص الفعال من جانب الكلي والكبد لهذا الدواء، عند الفرد المسن، يمثل تحديا كبيرا يواجه الممارس الطبي، فالآثار الجانبية والسمية تنتشر بشكل أكبر بكثير Galb & Lebowitz 1999 . كما أن الحساسية البالغة للآثار الجانبية للدواء، تمثل مشكلة من نوع خاص مع الأدوية النفسية. وبإجراء مراجعة على الروشتات الطبية لأكثر من 750 ألف مريض مسن، توصلت هذه المراجعة إلى أن ما يزيد على الخمس قد قام بكتابة دواء من المعتقد أنه لا يتناسب مع الأفراد الذين تزيد أعمارهم على 65 عاما، وهو ما يتسبب في حدوث آثار جانبية خطيرة Curtis, Ostbye, Sendersky, et al., 2004 . ومن ثم، فإنه من المهم بالنسبة لطبيب الرعاية الأولية للمريض المسن أن يعرف كل الأدوية التي يتناولها المريض والتي تم وصفها له، وأن يستبعد ويوقف العقاقير غير الضرورية، وأن يقوم بوصف الحد الأدنى من الجرعات الضرورية.

مناهج البحث في دراسة الشيخوخة:

يتطلب البحث في موضوع الشيخوخة فهم العديد من القضايا الخاصة. فالعمر الزمني Chrondogical age لا يعد تغيرا بسيطا في البحث النفسي كما قد يبدو، ولأن هناك عوامل أخرى متعلقة بالسن يمكن أخذها في الحسبان، فلابد أن نكون حذرين عندما نعزو الاختلافات في الفئات العمرية إلى تأثيرات تقدم السن فقط. ففي مجال الشيخوخة، كما في دراسات نمو الطفولة، يتم التمييز بين ثلاثة أنواع من الآثار انظر جدول 14-1 :

- آثار السنAge effects: وهي النتائج المترتبة على سن زمني معين.
- الآثار الجماعية Cohort effects: وهي النتائج المترتبة على النمو والنضج أثناء فترة زمنية معينة، وما تفرضه من تحديات وفرص فريدة. فعلى سبيل المثال، تؤدي تجارب ما قبل الكساد العظيم، أو الحرب العالمية أو أحداث 11 سبتمبر، إلى تشكيل خبرات وسلوكيات معينة. وبالمثل فقد تغيرت التوقعات بالنسبة للزواج بصورة كبيرة للغاية في القرن الماضي بالنسبة للمجتمعات الغربية، فمن التركيز على الاستقرار، إلى التركيز والبحث عن السعادة والرضا والإشباع الفردي.
- تأثيرات قياس وقت محدد Time-of-measurement effects: وهي أنه يمكن لمشاعر الارتباك والحيرة التي تنشأ نتيجة الأحداث التي تقع في نقطة زمنية معينة أن يكون لها تأثير معين على الاختلاف الذي تتم دراسته Schaie & Hertzog, 1982 . فعلى سبيل المثال، قد يبدي الأفراد الذين خضعوا للفحص والاختبار بشكل صحيح بعد إعصار كاترينا، الذي ضرب ولاية نيو أورليانز، مستويات مرتفعة من القلق.

وهناك نوعان رئيسان من التصميمات البحثية يتم استخدامها لتقييم التغيير في النمو: وهما: العرضية cross-sectional والطولية longitudinal. ففي الدراسات العرضية، يقوم الباحثون مبقارنة الفئات العمرية المختلفة في ذات اللحظة من الوقت على أساس الاختلاف في الاهتمامات. افترض مثلا أننا قد قمنا في عام 1995 بأخذ تسجيل صوتي لأحد الاقتراعات أو التصويتات التي تم إجراؤها في الولايات المتحدة الأمريكية، ووجدنا أن العديد من المتحاورين الذين تزيد أعمارهم على 80 عاما يتحدثون باللهجة الأوروبية، بينما أولئك الذين تتراوح أعمارهم بين الأربعينيات والخمسينات لا يستخدمون هذه اللهجة الأوروبية، هل يمكننا حينها أن نستنتج أنه كما تقدم الأفراد في السن، فإنهم يميلون إلى استخدام اللهجات الأوروبية؟ فبالكاد! فإن الدراسات العرضية لا تقوم بفحص نفس الأفراد على مدار الوقت، مما يترتب عليه عدم تقديمها لمعلومات واضحة حول التغيرات التي تحدث للأفراد كلما تقدموا في السن.

جدول 14-1 : تأثيرات السن، والجماعية، ووقت القياس

تأثيرات السن	تأثيرات جماعية	تأثيرات وقت القياس
تأثيرات الوصول إلى سن معينة مثلا بلوغ عمر يكفي لتلقي الأمن الاجتماعي	الآثار المترتبة على كون الفرد قد ولد في عام معين، وتربى في فترة زمنية معينة، فمثلا، قد يكون هناك شعور متزايد بالاقتصاد في الإنفاق بين أولئك الذين عاشوا خلال الكساد الكبير في حقبة الثلاثينات	هي آثار مترتبة على إجراء فحص للأفراد في وقت أو زمن معين في التاريخ فمثلا، أصبح الأفراد أكثر صراحة أثناء فترة التسعينيات عند الإجابة على الاستطلاعات حول سلوكهم الجنسي، كما أن مناقشة وسائل الإعلام للنشاط الجنسي قد تزايدت

أما في الدراسات الطولية، فإن الباحث يقوم على فترات بإعادة فحص فئة واحدة من الأفراد مستخدما ذات المقياس على مدار عدة سنوات أو بضعة عقود. فمثلا، تعتبر دراسة بالتيمور الطولية Baltimor Longitudinal study للتقدم في السن، واحدة من أطول الدراسات التي تتناول مرحلة الشيخوخة، وذلك من حيث الاستمرارية. وبداية من الخمسينيات، يتابع الباحثون 1.400 رجل وامرأة لمحاولة الوقوف على طريقة تغير أساليب حياتهم، وأمراضهم الطبية، وصحتهم النفسية، وكيف تتغير هذه الأشياء مع مرور الوقت. وفي هذه الدراسة تم تعلم الكثير حول الصحة العقلية والشيخوخة، فعلى سبيل المثال، كان الباحثون قادرين على مقاومة ودحض الخرافات التي تقول بأن الأفراد يزدادون تعاسة واكتئابا كلما مر الوقت. بل إن الأفراد الذين كانوا سعداء في سن الثلاثين،

كانوا يميلون إلى السعادة وهم ينتقلون إلى مرحلة الشيخوخة Costa, Metter, & McCrae, 1994 ، وبشكل عام، فإن الدراسات الطولية تسمح لنا بتتبع نماذج وسلوكيات الأفراد من التماسك والثبات أو التغير عبر الوقت ومرور الزمن، وبالرغم من أن الدراسات الطولية بها العديد من المزايا الجوهرية، إلا أن النتائج يمكن أن تنحرف من خلال الاحتكاك والإنهاك Attrition، والذي قد ينسحب فيه المشاركون ويخرجون من الدراسة، وذلك نتيجة للموت أو عدم القدرة على الحركة أو عدم الاهتمام. وعندما لا يكون الأفراد أو لم يعد من المتاح إجراء متابعة لهم بسبب الوفاة، فإن ذلك يطلق عليه "الوفاة الانتقائية"selective mortality. وتؤدي الوفاة الانتقائية إلى شكل معين من الانحراف، يتمثل في أن النتائج التي يتم الحصول عليها من العينة الباقية المستمرة - التي لم تمت - تعتبر مرتبطة بدرجة أكبر باستنتاج نتائج عن أفراد أصحاء نسبيا، ولا تؤدي إلى استخراج نتائج عن الأفراد غير الأصحاء، وبعيدا عن الاستنزاف الناتج عن الموت، فإن الأفراد الذين يعانون معظم المشكلات هم أكثر عرضة لأن ينسحبوا من الدراسة، في حين أن الأفراد الذين يظلون خاضعين للدراسة هم في العادة أقوى صحة من الأفراد بصفة عامة. وهذه قضية من المحتمل أن تمثل أهمية كبيرة في دراسات الشيخوخة والصحة النفسية، لأن الاضطرابات النفسية اتضح أنها تنبئ أو تعطي مؤشرا على المرض أو الوفاة Kiecolt, Glaser & Glaser, 2002 .

الاضطرابات النفسية في مرحلة الشيخوخةPsychological Disorders in Late Life :

تعد معايير الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية DSM بالنسبة لكبار السن هي نفسها بالنسبة للأفراد الأصغر سنا. ويجب أن تأخذ عملية التشخيص في حسبانها جانب الرعاية. فالاضطراب النفسي طبقًا للدليل التشخيصي لا يتم تشخيص أعراضه إذا كانت راجعة لظرف طبي أو من الآثار الجانبية لدواء ما. ونظرًا لشيوع الظروف الطبية في مرحلة تقدم العمر، فمن الضروري استبعاد مثل هذه التفسيرات عند التشخيص. فالمشكلات الطبية مثل مشكلات الغدة الدرقية، ومرض أديسون Addison's Disease، ومرض كوشينج Cushing's Diseas، ومرض باركنسون Parkinson's Disease، ومرض الزهايمر، ونقص السكر Hypoglycymia، والأنيميا، ونقص الفيتامينات، كل هذه المشكلات من شأنها أن تخلق أعراضا تشبه الفصام، أو الاكتئاب، أو القلق. فالمشكلات الطبية أيضًا قد تزيد من الاكتئاب انظر تركيز الاكتشاف 5-3 لأحد الأمثلة التي توضح هذه العلاقات المعقدة . كما أن الذبحة الصدرية Angina، وهي عن عبارة عن الفشل المحتقن للقلب، واستهلاك الكافيين بكل أنواعه، قد يؤدي إلى تزايد معدل سرعة القلب، والتي قد يتم تفسيرها عن طريق الخطأ على أنها أعراض للقلق Fisher & Noll,

1996 . كما أن التدهور المرتبط بالسن في النظام الدهليزى vestibular system تحكم الأذن الداخلية لإحساس الفرد بالتوازن ، يمكن أن يكون مشابها لأعراض اضطراب الهلع مثل الدوار الحاد. كما أن من شأن أدوية المضادة لارتفاع ضد الدم antihypertensive medication، والهرمونات، ومركبات الكورتيزونات Corticosteroids، وكذلك الأدوية المضادة لمرض باركنسون antiparkinson Medications أن تسهم في الإصابة بالاكتئاب والقلق. لذا يجب على الإكلينيكيين أن يكونوا واعين للتفاعل بين الصحة الجسمية والصحة النفسية. وبأخذ هذه النقطة في الحسبان، نستطيع تحديد مدى شيوع الاضطرابات العقلية بين كبار السن.

تقدير انتشار الاضطرابات النفسية في مرحلة الشيخوخة:

إن تقدير انتشار الاضطرابات النفسية في مرحلة الشيخوخة يحطم الصورة النمطية عن الشعور بالتعاسة لدى كبار السن. وتشير النتائج إلى أن الأفراد الذين تزيد أعمارهم على 65 عاما هم أقل الفئات العمرية من حيث انتشار الاضطرابات العقلية بشكل عام. ويوضح جدول 14-2 تقديرات دراسة تكرار المسح القومي للأمراض The National Comorbidity Survey-Replication خلال 12 شهرًا، والتي اشتملت على عينة ن=9282 من الأفراد المقيمين في الولايات المتحدة ممن خضعوا لمقابلات تشخيصية مكثفة Gum, King-Kallimanis, & Kohon, 2009 . حيث كشف عن أن وجود اضطراب واحد فقط أقل شيوعًا بين كبار السن مقارنة بصغار الراشدين. لا توجد أي حالات ممن تقل أعمارهم عن 65 سنة فأكبر ضمن فئة اضطراب سوء استخدام المواد أو الاعتماد عليها. كما اتضح أيضًا بالرغم من عدم تغطية المسح لاضطراب الفصام، إلا أن معدلاته كانت منخفضة بين كبار السن U. S. Department of Health and Human Services, 1999 . وبشكل عام، حوالي فقط 8.5% من الأفراد سجلوا أعراضًا تشخيصية بدرجة شديدة. وأغلب الأفراد ذوي أعمار 65 فأكبر يخلون من الأمراض النفسية الخطيرة.

وبجانب فحص معدلات انتشار الاضطراب، من الضروري أيضا أن نضع في الاعتبار معدلات الإصابة، أو كم عدد الأفراد الذين يخبرون بداية اضطراب جديد. وبشكل عام، فإن معظم الأفراد الذين تعرضوا لأعراض اضطراب نفسي بشكل متأخر في الحياة، يتكرر عندهم الاضطراب الذي بدأ في وقت مبكر من حياتهم بدلا من ظهور بداية جديدة. على سبيل المثال، وجد أن 97% من كبار السن ذوي اضطراب القلق العام سجلوا أن أعراض قلقهم بدأت قبل سن 65 Alwahhabi, 2003 ، و94% من الراشدين الكبار ذوي اضطراب الاكتئاب الرئيس سجلوا حدوث نوبات الاكتئاب في بداية الحياة Norton, Skoog, Toone, et al., 2006 . والبداية المتأخرة أيضًا للفصام تعتبر نادرة للغاية

Karon & VandenBos, 1998 . وعلى النقيض تعتبر البداية المتأخرة للاعتماد على الكحول أمرا منتشرا بكثرة بين كبار السن من ذوي مشكلات الشُرب Liberto, Oslin & Puskin, 1996 . ويبدو من خلال ذلك، أن أغلب الأفراد ذوي الاضطرابات النفسية في الشيخوخة قد مروا بخبرة أعراض متواصلة الناشئة مبكرًا.

جدول 14-2 : معدلات انتشار الاضطرابات النفسية عبر فئات عمرية مختلفة خلال أحد الأعوام.

الاضطراب	معدل الانتشار في عام واحد %		
	السن 18-44	السن 60-64	من سن 65 فأكثر
اضطراب القلق:			
اضطراب الهلع	3.2	2.8	0.7
الخوف من الأماكن المفتوحة بدون هلع	0.8	1.1	0.4
مخاوف محددة	9.7	9.2	4.7
المخاوف الاجتماعية	8.6	6.1	2.3
القلق العام	2.8	3.2	1.2
كرب ما بعد الصدمة	3.7	5.1	0.4
أي اضطراب قلق	20.7	18.7	7.0
اضطرابات المزاج:			
اضطرابات الاكتئاب الرئيس	8.2	6.5	2.3
عسر المزاج	1.5	1.9	0.5
اضطراب ثنائي القطب	1.9	1.2	0.2
أي اضطراب مزاجي	10.2	8.0	2.6
اضطرابات سوء استخدام المواد:			
سوء استخدام الكحول	2.6	0.9	0
سوء استخدام العقاقير	1.5	0.2	0
أي اضطراب سوء استخدام المواد	3.6	1.0	0
أي اضطراب آخر			
على الأقل اضطراب واحد	27.6	22.41	8.5

فلماذا تنخفض معدلات المرض النفسي لهذه الدرجة في مرحلة الشيخوخة؟ هناك العديد من التفسيرات المختلفة تمامًا فيما بينها للإجابة على هذا السؤال. وينصح البعض

بتوخي الحذر عند تفسير هذه البيانات، وذلك لأن هناك مجموعة من الموضوعات المنهجية التي يجب أن تخضع للدراسة. ومن الواضح أيضا أن هناك بعض العمليات المرتبطة بعملية التقدم في السن تعمل على التمتع بصحة عقلية أفضل.

الموضوعات المنهجية في تقدير انتشار الاضطرابات النفسية في مرحلة الشيخوخة:

منهجيا، لابد من مراعاة أن كبار السن قد يكونون أكثر ضيقا عند مناقشة ومعرفة مشكلات الصحة العقلية واستخدام العقاقير مقارنة بالأفراد الأصغر سنا. ففي إحدى الدراسات التي أجريت مقابلات مع أفراد من كبار السن عن الأعراض الاكتئابية، ثم إجراء مقابلة أخرى مع أفراد أسرتهم حول ما إذا كان كبار السن يمرون بخبرة أعراض اكتئابية. وجدت الدراسة أن من بين كبار السن ممن وصفت أسرتهم انطباق الفئة التشخيصية لاضطراب الاكتئاب الرئيس عليهم، حوالي ربع هؤلاء الأفراد لم يذكروا الأعراض الاكتئابية للقائم بالمقابلة Davison, McCabe, & Mellor, 2009 . فعدم الراحة في مناقشة الأعراض ربما يقلل من تقديرات الانتشار.

وبعيدا عن التسجيلات المتحيزة، هناك تأثيرات جماعية. فعلى سبيل المثال، الأفراد الذين وصلوا لمرحلة الرشد في الستينات أثناء مرحلة التوجه للمخدرات يستمرون في استخدام هذه العقاقير كلما كبروا. فهذا الأجيال أكثر تعرضًا لمشكلات سوء استخدام المواد في مرحلة تقدم العمر مقارنة بالأجيال الأخرى.

وبعيدا عن هذه التفسيرات، فإن الأفراد المصابين بمرض عقلي معرضون لخطر الوفاة بشكل مبكر - قبل سن 65، وذلك لأسباب عديدة ومختلفة. أما بين الأفراد الذين يسرفون في الشراب، فإن أكثر السنوات التي تحدث فيها الوفاة بسبب تليف الكبد هي ما بين 55 و64 عاما من العمر، كما ينتشر بينهم أيضًا مرض الأوعية الدموية Shaper, 1990 . وتنتشر أمراض الأوعية الدموية بين الأفراد ذوي تاريخ من اضطرابات القلق، واضطرابات الاكتئاب، وثنائي القطب Kubzansky, 2007 . وحتى الاضطرابات النفسية الأخف حدة تصيب جهاز المناعة، حيث كلما تقدم الأفراد في السن يصبحون أكثر حساسية تجاه هذه الآثار على جهاز المناعة على وجه التحديد Kiecolt-Glaser & Glaser, 2000 . وقد يؤدي ذلك إلى نتائج أسوأ بالنسبة للعديد من الأدوية التي تنتشر بشكل أكبر بين كبار السن. فالاضطرابات النفسية ترتبط مع زيادة معدلات الوفاة Angst, Stassen, Clayton, et al., 2002 . فعلى سبيل المثال، قام "فروجد" Frojdh وزملاؤه 2002 بإجراء مسوحات على ما يزيد على 1200 مسن ممن يعيشون في السويد. وبالمقارنة بين أولئك الذين يسجلون درجات منخفضة بالذين يحصلون على درجات مرتفعة في مقياس التقرير الذاتي للاكتئاب وجد أن معدل الوفاة يزيد مرتين

ونصف المرة خلال الستة أعوام القادمة لدى المرتفعين. ولأن الأفراد المصابين بأمراض نفسية قد يموتون مبكرا وبشكل أسرع، فقد تعاني الدراسات والأبحاث التي تدور حول مرحلة الشيخوخة، مسألة الوفاة الانتقائية.

ولعل هذه القضايا المنهجية الثلاث، وهي: تحيزات الاستجابة، والتأثيرات الجماعية، والوفاة الانتقائية تساعد في تفسير المعدل المنخفض لانتشار الاضطرابات النفسية في مرحلة الشيخوخة. وبالرغم من ذلك، فإن معظم الباحثين يعتقدون أن مرحلة الشيخوخة ترتبط بشكل حقيقي بصحة نفسية أفضل. ولقد قمنا منذ قليل بالإشارة إلى الأبحاث التي تشير إلى أن كبار السن هم الفئة الأقل تعاسة، والأكثر ميلا للتعايش بشكل أفضل. وينبغي أن ينعكس ذلك ويترجم إلى نقص في المعاناة من الاضطرابات النفسية. وتشير بعض الدراسات الطولية إلى أن العديد من الأفراد الذين يتعرضون للإصابة بالمرض النفسي في وقت مبكر من حياتهم، يبدو أنهم يصلون إلى مرحلة الشيخوخة بدون هذه الأعراض. على سبيل المثال تشير الدراسات الطولية إلى أن المسرفين في الشراب يميلون إلى التقليل من الشراب كلما تقدموا نحو مرحلة الشيخوخة Fillmore, 1987 . وتشير مثل هذه النتائج إلى أن القدرات على المواجهة تتطور على مدار الحياة، وقد تساعد في الحماية من الإصابة بالمرض النفسي في مرحلة الشيخوخة.

الملخص السريع:

مع تزايد أعداد كبار السن في الولايات المتحدة الأمريكية، فإن هناك المزيد والمزيد من المتخصصين في الصحة النفسية يعكفون على العمل مع هذه الفئة السكانية. ومن المؤسف أنه حتى المتخصصين في الصحة النفسية يميلون إلى التمسك ببعض الصور والأفكار النمطية عن مرحلة الشيخوخة، فمن المهم أن ندرك أنه كلما تقدم الأفراد في السن، فإنهم يميلون إلى أن يكونوا أكثر فاعلية في تنظيم انفعالاتهم، وأن يظلوا محافظين على قوتهم الجنسية، وأن يستخفوا بالأعراض الطبية، ويركزوا على العلاقات الجوهرية القريبة جدا ويفضلونها على العلاقات والأنشطة السطحية. وهناك تحديات في مرحلة الشيخوخة، تشمل تدهور الصحة، والإصابة بالأرق بالنسبة للعديد من الأفراد، وبسبب ظهور أعداد متزايدة من المشكلات الصحية المزمنة، فإن ذلك يؤدي إلى أن يصبح تعدد الأدوية قضية تؤرق العديد من الأفراد، ومن خلال تراكم الأخطار المترتبة على تعدد الأدوية، يصبح الأفراد أكثر حساسية تجاه الأعراض الجانبية للدواء، وتجاه السمية كلما تقدموا في السن.

وعند إجراء الأبحاث حول موضوع الشيخوخة، فإنه من الصعب أن نستبعد تأثيرات السن، وتأثيرات الجماعية، وتأثيرات وقت القياس. ولا تساعد الأبحاث المستعرضة على

تمييز تأثيرات السن وتأثيرات الجماعية، أما الدراسات الطولية فتوضح تأثيرات السن والجماعية، غير أن صدق النتائج قد يواجه تحديا يتمثل في الإنهاك. وأحد أشكال هذا الإنهاك هو الموت أو الوفاة الانتقائية، ومن المهم بشكل خاص وضعها في الاعتبار عند إجراء دراسات حول الشيخوخة.

فعند وجود اضطرابات نفسية بين كبار السن يجب التأكد من تقييم إمكانية الأسباب الطبية. ويعد انتشار الاضطرابات النفسية بين كبار السن أقل منه عند الأفراد في أي فئة عمرية أخرى، وعادة ما تكون الاضطرابات النفسية الموجودة عند كبار السن أي في مرحلة الشيخوخة، عادة ما تكون استمرارا أو امتدادا لأعراض بدأ ظهورها في مرحلة سابقة من الحياة.

وبالرغم من أن بعض القضايا المنهجية تأثيرات الجماعية، والوفاة الانتقائي، ونقص الإفصاح قد تفسر جزءا من نتيجة انخفاض معدلات الاضطراب النفسي لدى كبار السن، إلا أن هناك احتمالية أن يكون بعض الأفراد أكثر صحة نفسية مع تقدم أعمارهم.

الاضطرابات العصبية المعرفية في مرحلة الشيخوخة Neurocognitive Disorders in Late Life:

لا يعاني معظم الأفراد المسنين اضطرابات معرفية. وفي الواقع، انخفض انتشار الاختلالات المعرفية بين الأفراد ممن أعمارهم فوق سبعين عامًا في الولايات المتحدة في الخمس عشرة سنة الماضية، وذلك بسبب التحسينات في النظام الغذائي، والرعاية الطبية، ومستويات التعليم عبر مرور الوقت Langa et al., 2008 . وعلاوة على ذلك، فإن المشكلات المعرفية تُعد مسئولة عن المزيد من أوامر الاحتجاز في المستشفى، والأيام التي يقضيها المرضى داخل المستشفيات، أكثر من أي مرض طبي آخر عند الأفراد المسنين Zarit,1998 . وسوف نقوم بدراسة نوعين رئيسين من الاضطرابات المعرفية وهما الخرف Dementia - تدهور القدرات المعرفية، والهذيان Delirium - حالة من الارتباك العقلي. وسوف نتناول الوصف الإكلينيكي لكل منهما، بالإضافة إلى العوامل المسببة وطرق العلاج.

الخرف Dementia:

إن كلمة "الخرف" هي مصطلح يصف التدهور في القدرات المعرفية لدرجة تؤدي إلى الخلل. وكما سنناقش، فهناك العديد من الأسباب المختلفة للإصابة بالخرف. فالصعوبة في تذكر الأشياء، خاصة الأحداث القريبة، تعتبر من أبرز أعراض الخرف. فالأفراد قد يتركون أعمالهم دون أن يكملوها، لأنهم ينسون العودة إليها بعد فترة من التوقف. والفرد الذي يكون قد بدأ في ملء إناء الشاي على الحوض، يترك الماء ينهمر ويمضي. وكلما

زادت حالة الخرف، يصبح الأب غير قادر على تذكر ابنه أو ابنته، بل إنه قد لا يتذكر فيما بعد أن لديه أطفالا أو يتعرف عليهم عندما يأتون لزيارته. وقد تكون حالته في النظافة الفردية سيئة، ويتسم بعدم النظافة وذلك لأن الفرد ينسى الاستحمام أو ينسى ارتداء ملابس نظيفة لائقة، ويصاب المرضى بالخرف بالفقدان أيضا، حتى عند مرورهم في المناطق المحيطة بهم والمعتادة لديهم. وقد يصبح حكمهم على الأشياء خاطئا، وقد يعاني الفرد صعوبة في فهم المواقف، أو وضع الخطط أو اتخاذ القرارات، كما أن الأفراد المصابين بالخرف يفقدون التحكم في أعصابهم واندفاعاتهم، وقد يتحدثون بلغة رديئة غير مفهومة، ويروون نكات غير مناسبة، ويقومون بسرقة الأشياء المعروضة في المحلات، ويحاولون إقامة علاقات جنسية مع الغرباء، كما تتناقص القدرة على التعامل مع الأفكار المجردة ودراستها، وتعم حالة من اضطراب المشاعر، وهي تشمل أعراض الاكتئاب، وفتور الوجدان، والثورات الانفعالية المشتتة، ويمكن أن تحدث أيضًا الضلالات والهلاوس American Psychiaric Association, 2000 . ومن المرجح أن يظهر المرضى الذين يعانون الخرف، اضطرابات في اللغة أيضا، مثل الأنماط الغامضة في الحديث. وبالرغم من سلامة الأداء الحسي، إلا أنهم قد يعانون أيضا متاعب ومشكلات في التعرف على الأشياء المحيطة والمألوفة أو تذكر أسماء الأشياء العامة والمعروفة. أما نوبات الهذيان Episodes of delirium، فهي حالة شديدة من الاضطراب العقلي سنتعرض لمناقشتها بالتفصيل لاحقا قد تظهر أيضًا.

إن مسار "الخرف" قد يكون تدريجيا progressive، أو ثابتا static، أو متقطعا remitting طبقًا للسبب. فالعديد من الأفراد المصابين بالخرف التدريجي progressive dementia يصبحون بالفعل منسحبين وفاتري الشعور. وفي المراحل الأخيرة من المرض، تفقد شخصية الفرد تألقها وسلامتها، فالأقارب والأصدقاء يقولون إن الفرد لم يعد هو أو هي على الإطلاق، كما يستمر تضاؤل المشاركة الاجتماعية مع الآخرين. وأخيرا يصبح الفرد كثير النسيان لما حوله والأشياء المحيطة به.

ويتسلل "الخرف" ببطء على مدى فترة، قد تمتد لأعوام عديدة. ويمكن التحقق جيدا من وجود جوانب ضعف معرفي وسلوكي خفيف أو حاد حتى قبل أن يظهر على الفرد أي ضعف ملحوظ Small, Fratiglioni, Viitanen, et al., 2000 . وهذه الإشارات المبكرة للانخفاض قبل الخلل الوظيفي تسمى بالاختلال المعرفي البسيط mild cognitive impairment.

وقد تطورت المعايير التشخيصية لكل من الخرف والاختلال المعرفي البسيط من إجماع آراء فريق الخبراء المدعم من المعهد الوطني للشيخوخة The National Institute of Aging وجمعية مرض الزهايمر Alzheimer's Association Albert, Dekosky, Dickson, et al., 2011; McKhann, Knopman, Chertkow, et al., 2011 . وقد وفر

أيضًا نظام الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية - الخامس DSM-5 تشخيصات موازية للاختلال المعرفي البسيط، وكذلك للخرف. انظر جدول 14-3 كلمحة عامة لتشخيصات الدليل الخامس. ففي الدليل التشخيصي تُعد الاضطرابات العصبية المعرفية البسيطة متشابهة مع الاختلال المعرفي البسيط، بينما تتشابه الاضطرابات العصبية المعرفية الرئيسة مع تشخيص الخرف. وخلال هذا الفصل سنستخدم مصطلح الخرف dementia أكثر من الاختلال العصبي المعرفي الشديد major neurocognitive impairment ، والاختلال المعرفي البسيط mild cognitive impairment أكثر من الاختلال العصبي المعرفي البسيطmild neurocognitive impairment .

وهناك بعض الجدال حول الخط الفاصل بين الاختلال المعرفي البسيط والخرف، بالإضافة إلى كيفية التشخيص مبكرًا للاختلال المعرفي البسيط. قد ميز الدليل الخامس DSM-5 بين الاضطراب العصبي المعرفي البسيط والاضطراب العصبي المعرفي الرئيس معتمدًا على مدى تداخل الأعراض مع القدرة على العيش بصورة مستقلة. ويتطلب تشخيص الاضطراب العصبي المعرفي البسيط - طبقًا للدليل الخامس - انخفاض الدرجة على اختبار معرفي واحد فقط. حيث تبين أن هذا يؤدي إلى ارتفاع معدل تشخيص الاضطراب العصبي المعرفي البسيط؛ فالحصول على درجات منخفضة على اختبارين معرفيين مختلفين يمكن أن يقلل بشكل كبير من معدلات قاعدة التشخيص Jak, Bondi, Delano-Wood, et al., 2009 .

وهناك سبب رئيس لتوخي الحذر في تشخيص هذه العلامات المبكرة للانخفاض. فليس كل الأفراد ذوي الأعراض المعرفية البسيطة تتطور إلى الخرف. فبين الراشدين ممن يعانون الاختلال المعرفي البسيط، حوالي 10% فقط سنويًا تتطور الأعراض إلى الخرف، وبين الراشدين ممن لا يعانون الاختلال المعرفي البسيط، حوالي 1% سنويًا تتطور حالاتهم إلى الخرف Bischkopf, Busse, & Angermeyer, 2002 . لذا فمن الضروري توفير التثقيف النفسي الحذر بشأن هذه التشخيصات، بحيث لا يفترض المرضى وأفراد الأسرة أن الأعراض سوف تتطور بالضرورة.

الحالة الإكلينيكية "إيلين" Ellen:

"أنا سعيدة جدًا بمجيئك"، قالت "إيلين" عندما ألقيت عليها التحية، كانت ترشف العصير وهي جالسة عند الطاولة التي تتوسط غرفة الطعام، وهي امرأة نحيفة وهزيلة تقريبا، غير أن "إيلين" تتمتع بحضور طاغ، إذ إن هيئتها ووقفتها تشبه وقفة الراقصة، حيث الأكتاف المسحوبة للخلف، والعنق الطويلة، والرأس المرفوعة، والوجه النحيل

لامرأة جميلة، والعينان الصافيتان الواسعتان مثل حبات البندق، والوجنتان الارستقراطيتان البارزتان. تبتسم وتمسك بيدي قائلة "يا له من لطف منك أن تقوم بزيارتي".

إن "إيلين" سيدة لبقة ومهذبة ولطيفة، غير أن الحقيقة المؤلمة أنها لا تتذكرني، وأنها لا تتذكر أنني قد قمت بزيارتها ست مرات من قبل، وأننا قد احتسينا الشاي سويا منذ أيام قلائل، إنني قد جلست على سريرها بالأمس لمدة نصف ساعة، أدلك يديها بسائل النعناع العطري،. إن "إيلين" - مثلها مثل 43 آخرين يعيشون في هذه الدار للرعاية السكنية - تعاني مرض الزهايمر. فلقد تعطلت الذاكرة قريبة المدى لديها، أما ذاكرتها بعيدة المدى فهي مميزة وشاذة تشبه الأحلام، مع بعض الصور التي تومض وتتضح في بعض الأحيان وفي أحيان أخرى تكون بعيدة تماما عن التركيز في هذه الصور، لدرجة أنها تستطيع بالكاد تميزها. إن حياتها تبدو مثل فزورة أو لغز قام أحد الأفراد بحلها وتفكيكها عندما لا تكون ساهمة ومحدقة، فهي تستطيع أن ترى بعض القطع، غير أنها لا تتمكن من رؤيته كيف تتجمع هذه الأشياء وتأتلف مع بعضها Kessler, 2004, p.1 .

وقد كانت التقديرات العالمية لانتشار الخرف في عام 2000 تزيد على 25 مليونا، وهو ما يمثل نسبة 0.4% من سكان العالم Wimo, Winblad, Aguero-Torres, et al., 2003 . ويزداد انتشار مرض الخرف مع التقدم في السن. وفي إحدى الدراسات العالمية عبر الثقافية، وجد أن نسبة الانتشار تتراوح ما بين 1-2% بين الأفراد الذين تبلغ أعمارهم من 60 إلى 69 عامًا، وتزيد هذه النسبة لتصل لأكثر من 20% في الأعمار من 85 عامًا فأكثر Ferri, Prince, Brayne, et al., 2005 .

وهناك أشكال مختلفة من الخرف، ونحن نتعرض هنا لمناقشة أربعة من هذه الأنماط وهي: مرض الزهايمر Alzheimer's disease وهو أكثر الأنماط انتشارا ، والخرف الصدغي الجبهي fronttemporal dementia الذي يتم التعرف عليه من خلال مناطق في المخ تعتبر الأكثر تأثرا ، وخرف الأوعية الدموية vascular dementia ويحدث بسبب مرض الأوعية الدموية ، بالإضافة إلى الخرف بأجسام ليوي dementia with Lewy bodies ويتم التعرف عليه من خلال وجود أجسام ليوي وهي ترسيبات شاذة في الخلايا العصبية . وبعد



الصور المأخوذة من خلال الحاسوب لمخ فرد يعاني مرض الزهايمر في مقابل مخ سليم. نلاحظ أن مخ الفرد في اليسار منكمش إلى حد كبير بسبب فقدان الخلايا العصبية.

وصف هذه الأنماط الأربعة، سنقدم وصفًا مختصرًا للأسباب الأخرى للخرف. ذلك سوف نتطرق لمناقشة الخرف الذي يكون ناتجا عن أسباب أخرى. وإلى حد ما، يُعد مرض الزهايمر أكثر أنواع الخرف انتشارًا، حيث يمثل حوالي 80% من حالات الخرف Terry, 2006 .

مرض الزهايمر Alzheimer's disease: لقد تم وصف الزهايمر لأول مرة عام 1906 على يد عالم الأعصاب الألماني "السويس الزهايمر" Alois Alzheimer، وفي هذا المرض تتدهور أنسجة المخ بشكل يتعذر إيقافه، ومن ثم تحدث الوفاة وعادة ما تكون خلال 12 عاما من بداية ظهور الأعراض. ويتسبب هذا المرض في وفاة أكثر من خمسين ألف مواطن أمريكي سنويا، وفي عام 2000 احتل المرتبة السابعة في قائمة الأسباب التي تؤدي إلى الوفاة بين الرجال والنساء الذين تزيد أعمارهم على 65 عاما NCHS, 2004 . وقد يبدأ المرض بصعوبات في التركيز، وصعوبات في الذاكرة بالنسبة للأحداث الجديدة. وقد يتم التغاضي عن هذه القصور لأعوام عديدة لكنها واقعيًا تتداخل مع الأنشطة اليومية. وتنخفض القدرات البصرية المكانية visual-spatial abilities التي يمكن التعبير عنها في فقدان التوجه للزمان والمكان disorientation وهو ارتباك أو خلط يتعلق بالزمان والمكان أو الهوية ، وتوجد مشكلة أثناء نسخ الأشكال. وتحديدًا فإن الأفراد المصابين بالاضطراب غير واعين بمشكلاتهم المعرفية، ولا يدركونها منذ البداية، وقد يلقون باللوم على الآخرين بسبب فقدان الأشياء، بل قد يصل الأمر إلى ظهور ضلالات لدى الفرد بأنه يتعرض للاضطهاد، ويستمر التدهور في الذاكرة، ويصبح الفرد فاقدا للتوجه وقلقًا. ومع تطور هذا الاضطراب، لا يعد الفرد مدركًا للأصدقاء أو الأسرة، وربما يحتاج لمساعدة في الأكل، والملبس، والاستحمام. وتشيع عادة اللامبالاة apathy قبل أن تصبح الأعراض المعرفية ملحوظة Balsis, Carpenter, & Storandt, 2005 . والتطور الشامل للأعراض يتسبب في إصابة ثلث الاكتئاب كلما تفاقم المرض Strauss & Orgrocki, 1996 .

المعايير التشخيصية لاضطراب العصبي المعرفي البسيط طبقًا للدليل الخامس DSM-5

* الانخفاض المعرفي المتواضع عن المستويات السابقة في واحد أو أكثر من الأبعاد المعتمدة على النقطتين التاليتين:
  - مخاوف المريض، أو المقربين الآخريين، أو الطبيب.
  - العجز المعرفي المتواضع مثل الانخفاض ما بين 3 إلى 16 مئين على اختبار رسمي أو ما يعادل التقييم الإكلينيكي.
* لا يتداخل القصور المعرفي مع استقلالية الأنشطة اليومية مثل المهام الخاصة بدفع الفواتير أو تدبر الأدوية ، بالرغم من أن ذلك يتطلب بذل مزيد من الجهد، أو استراتيجيات تعويضية، أو الإقامة للمحافظة على الاستقلال.
* العجز المعرفي لا يحدث على وجه الخصوص في سياق الهذيان أو لا يكون ناتجًا عن اضطراب نفسي آخر.

جدول 14 - 3 الاضطرابات العصبية المعرفية طبقا للدليل الخامس DSM-5

الاضطراب العصبي المعرفي: خصوصًا البسيط أو الرئيس

- الاضطراب العصبي المعرفي المرتبط بمرض الزهايمر Neurocognitive disorder associated with Alzheimer's disease
- الاضطراب العصبي المعرفي المرتبط بضمور الفص الصدغي الجبهي Neurocognitive disorder associated with fronttemporal lobar degeneration
- الاضطراب العصبي المعرفي المرتبط بالأوعية الدموية Neurocognitive disorder associated with vascular dementia
- الاضطراب العصبي المعرفي المرتبط بإصابة في المخ Neurocognitive disorder associated with traumatic brain injury
- الاضطراب العصبي المعرفي المرتبط بمرض جسم ليوي Neurocognitive disorder associated with Lewy body disease
- الاضطراب العصبي المعرفي المرتبط بمرض باركنسون Neurocognitive disorder associated with Parkinson's disease
- الاضطراب العصبي المعرفي المرتبط بعدوي نقص المناعة الإيدز Neurocognitive disorder associated with HIV infection
- الاضطراب العصبي المعرفي المرتبط باستخدام المواد / الأدوية Neurocognitive disorder associated with substance/medication use
- الاضطراب العصبي المعرفي المرتبط بمرض هنتنجتون Neurocognitive disorder associated with Huntington's disease
- الاضطراب العصبي المعرفي المرتبط بمرض بريون Neurocognitive disorder associated with Prion disease
- الاضطراب العصبي المعرفي الناتج من مرض طبي آخر Neurocognitive disorder due to another condition
- الاضطراب العصبي المعرفي غير مصنف في مكان آخر Neurocognitive disorder not elsewhere classified

ويوجد لدى الأفراد المصابين بالزهايمر كثير من "الطواعين" Plagues وهي طبقات صغيرة مستديرة من بيتا - اميلويد beta-amyloid التي توجد خارج الخلية العصبية والتشابكات الليفية العصبية neurofibrillary tangles وهي خيوط البروتين الملتفة التي تعمل بشكل واسع على تشكيل البروتين تاو Tau داخل أجسام الخلايا العصبية بدرجة أكبر مما هو متوقع بالنسبة لمن في أعمارهم. فبعض الأفراد ينتجون كميات ضخمة من بيتا - اميلويد، بينما البعض الآخر يعانون اختلالات في آليات

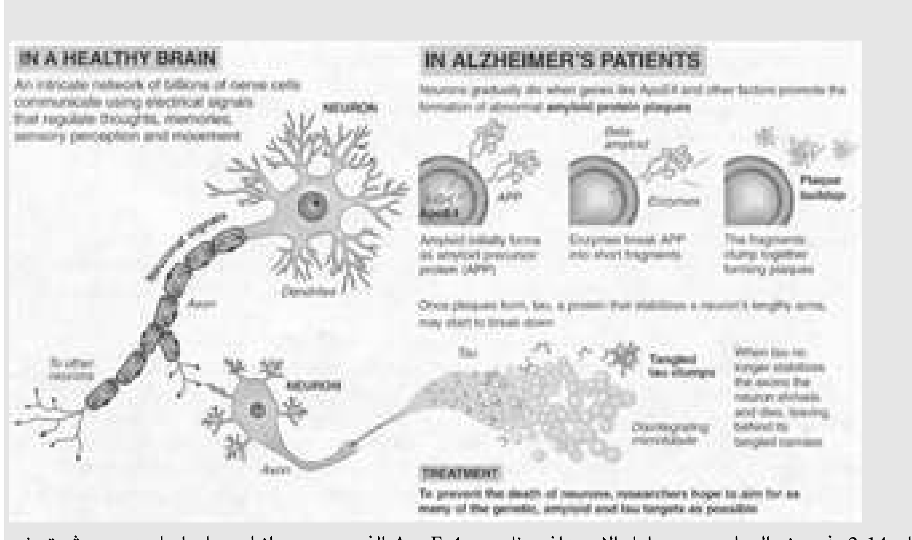
تخلص المخ من بيتا – اميلويد Jack, Albert, Knopman, et al., 2011 . ويوجد الطواعين بيتا - اميلويد بكثافة في القشرة الأمامية Klunk, Engler, Nordberg, et al., 2004 ، وتظهر هذه الطواعين بحوالي من 10 إلى 20 سنة قبل أن تصبح الأعراض المعرفية ملحوظة. ويمكن قياسها باستخدام نمط خاص من رسم المسح السطحي الضوئي للانبعاث البوزيترون Positron Emission Tomography PET . وبالرغم من قياس الألياف tangles عن طريق رسم المسح السطحي الضوئي للانبعاث البوزيترون PET ، إلا أنها عادة توجد في السائل النخاعي. وتظهر هذه tangles بكثافة في قرن آمون hippocampus، وهي منطقة مهمة للذاكرة. ومرور الوقت، وتطور المرض يبدأ كل من الطواعين والألياف في الانتشار الكثيف داخل المخ Klunk et al., 2004; Sperling, Aisen, Beckett, et al., 2011 .

المعايير التشخيصية لاضطراب العصبي المعرفي الرئيسي طبقًا للدليل الخامس DSM-5
* الانخفاض المعرفي المتواضع عن المستويات السابقة في واحد أو أكثر من الأبعاد المعتمدة على النقطتين التاليتين:
- مخاوف المريض، أو المقربين الآخرين، أو الطبيب.
- الاختلال المعرفي الجوهري مثل أقل 3 مئين على اختبار رسمي أو ما يعادل التقييم الإكلينيكي.
* يتداخل الاختلال المعرفي مع استقلالية الأنشطة اليومية.
* العجز المعرفي لا يحدث على وجه الخصوص في سياق الهذيان أو لا يكون ناتجًا عن اضطراب نفسي آخر.

وكما يتضح في شكل 14-2 ، تظهر كل من الطواعين والألياف مرتبطًا بمجموعة من التغييرات في المخ عبر الوقت. وعند حدوث المراحل الأولى، يبدأ حدوث فقدان للمتشابكات العصبية ACh synapses for acetylcholinergic والخلايا العصبية الجلوتامين glutamatergic synapses Selkoe, 2002 . وتموت أيضًا الخلايا العصبية. ويظهر الضمور في كل من القشرة المخية cerebral cortex، والقشرة المخية الداخلية الأنفية entorhinal cortex، وقرن آمون hippocampus، وبعد ذلك ينتشر هذا الضمور في الفصوص المخية الأمامية، والصدغية، والجدارية. كما يحدث تضخم البطينات ventricles. في حين أن المخيخ cerebellum، والنخاع الشوكي spinal cord، والمناطق الحركية والحسية في القشرة أقل تأثرًا بالمرض. وهذا هو السبب في أن الأفراد ذوي الزهايمر لا تبدو عليهم أي أعراض جسدية حتى مع المراحل المتأخر من المرض. فبالنسبة لبعض مرضى الزهايمر قادرون على التحرك بشكل طبيعي، وتظل عاداتهم المتعلمة موجودة مثل صنع الابتسامة أثناء التحدث للحفاظ على التواصل، وبالتالي ففي المقابلات القصيرة مع غرباء قد لا يلاحظون أي شيء خاطئا. فحوالي 25٪ من مرضى الزهايمر ربما يؤدي وجود تدهور شديد بالمخ إلى العجز الحركي.

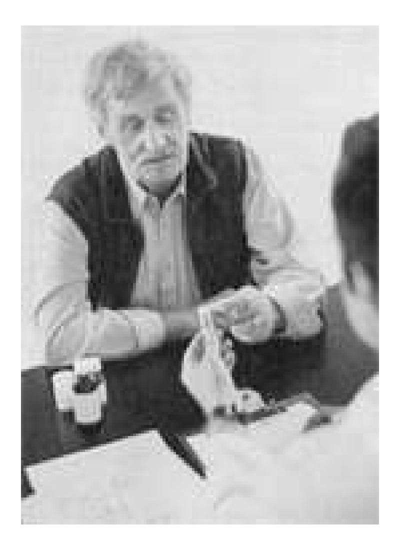
وفي أكبر دراسة توائم لمرض الزهايمر، وجد أن تقدير عامل التوريث قد بلـغ نسـبة 79 في المائة. وهذا معناه أن حوالي 79 في المائة مـن التبـاين في ظهـور مـرض الزهـايمر يبـدو مرتبطًـا بالجينـات، بيـنما حـوالي 21 في المائـة مـن التبـاين ذات الصـلة بالعوامـل البيئيـة Gatz, Reynolds, Fratiglioni, et al., 2006.

ويحمـل أغلـب حـالات الزهـايمر ذي البدايـة المتـأخرة نوعـا معينـا مـن الجينـات في الكروموزوم 19، يطلق عليـه apolipoprotein E4 أو ApoE-4 allele. فوجـود أحـد أشـكال E4 يعمل على زيادة الاستهداف للإصابة بمرض الزهايمر بنسبة 20%، لكن وجود اثنين مـن E4 يزيد الخطر بنسبة جوهرية. وقد بدأ الباحثون في فهم بعض الطرق التي يزيد بها E4 خطـورة الإصابة بهذا المرض: فالأفراد الذين لديهم اثنان مـن E4 أوضـحوا زيـادة إنتـاج طـواعين بيتـا - اميلويد، وفقدان الخلايا العصبية في قرن آمون، وانخفاض أيض الجلوكوز في أجزاء عديـدة مـن القشرة المخية قبل تطور أعراض مرض الزهارير Bookheimer & Burggren, 2009. ويبـدو أن GAB2 وهو جين آخر يسهم في الإصابة بمـرض الزهـارير. ويعمـل البـاحثون عـلى تحديـد جينات أخرى تزيد من الاستهداف بمـرض الزهـارير، ولكـن هنـاك صـعوبة في التوصـل لـنفس النتائج عبر الدراسات Bertram & Tanzi, 2009.



شكل 14-2 في مرض الزهايمر، من عوامل الاستهداف مثل جين ApoE-4 الذي يزيد من إنتاج بيتا - اميلويد، ومن ثم تنتشر خارج الخلايا العصبية لمدة تتراوح ما بين 10 إلى 20 سنة قبل أن تصبح الأعراض المعرفية ملحوظة

بجانب ذلك، فقد تؤدي متغيرات أسلوب الحياة دورًا في الإصابة بمرض الزهـاريمر. فعـلي سـبيل المثـال، يـرتبط كـل مـن التـدخين، وكـون الفـرد أعـزب، والاكتئـاب، وانخفـاض المسـاندة الاجتماعيـة بزيادة الاستهداف بمرض الزهـاريمر. بيـنما اتبـاع نظـام غذائي صحي، وممارسـة الرياضـة، والتعلـيم، الانخـراط المعـرفي يـرتبط مـع نقـص الاسـتهداف Williams, Plassman, Burke, et al., 2010 . وفي إحـدى الدراسات، تم فحص هـذه التـأثيرات لـدى 2.509 مـن كبار السن، الذين اشتركوا في الدراسة أثناء السبعينيات من أعمارهم، وتم تتبعهم لمـدة ثمـان سـنوات أخـرى. فوجـد أن الـذين يتصـفون بمسـتوى تعلـيم مرتفـع، يمارسون الرياضة عـلى الأقـل مـرة أسـبوعيًا، ومازالـت الناحيــة الاجتماعيــة نشــطة، ولا يــدخنون، تســتمر وظـائفهم المعرفيـة دون انخفـاض أثنـاء فـترة المتابعـة التي استمرت ثمـاني سـنوات Yaffe, Fiocco, Lindquist, et al., 2009 . وقـد نـال كـل مـن تأثيرات ممارسة الرياضة، والانخراط المعرفي، والاكتئاب جانبًـا جيـدًا في تركيـز الدراسـات حـول عوامل أسلوب الحياة، ومن ثم نركز عليها في هذا السياق.



يزداد معدل مرض الزهايمر مع التقدم في العمر

واقترحت دراسات أخرى أن ممارسة الرياضة تتجنب مشكلات الـذاكرة. ومـن تحليـل 16 دراسة تتبعت 163.797 مشـاركًا عـبر الوقـت، أشـارت إلى أن ممارسـة الرياضـة مـن العوامـل القويـة المرتبطـة بانخفـاض الاسـتهداف لتطـور مـرض الزهـاريمر Hamer & Chida, 2009 . فالممارسة المنتظمة للرياضة تتنبأ بأقل انخفاض في الوظيفة التنفيذية مثل التنسيق والتخطـيط Erickson & Kramer, 2009 . وسـوف نعـود لميـزات ممارسـة الرياضـة عنـدما نـنـاقش التدخلات.

ويظهـر أيضًـا الانخـراط في الأنشـطة العقليـة مسـاعدًا، فمـع بعـض اقـتراح نمـوذج "استخدمه أو افقده" “use it or lose it” للزهايمر. على سبيل المثال المواظبـة عـلى قـراءة الصحف تقلـل مـن خطـر الاسـتهداف Wilson, Scherr, Schneider, et al., 2007 . فنتائج تحليل دراسات - تحتوى على 29 ألف فرد من 22 عينة مجتمعية مختلفة - تقـترح أن تكرار النشاط المعرفي مثل القراءة أو حل الألغـاز يـرتبط بانخفـاض الاسـتهداف بمـرض بالزهايمر لدى 46% من العينة مقارنة بمجموعة عدم تكرار النشاط المعرفي Valenzuela

& Sahdev, 2006 . كما وجدت دراسات التدخل، أن برامج التدريب المعرفي التي تركز على تحسن الذاكرة، أو الاستدلال، أو سرعة العمليات المعرفية لها فوائد متوسطة لدى كبار السن خلال فترة خمس سنوات Willis, Tennsted, Marsiske, et al., 2006 .

ومن النتائج المثيرة أن الأفراد ذوي المستويات المتساوية من الطواعين والألياف في المخ، ومن ذوي المستويات المرتفعة في النشاط المعرفي أوضحوا أقل خلل للأعراض المعرفية. وهذا معناه أن النشاط المعرفي يبدو كواق ضد ظهور المرض العصبي البيولوجي Wilson et al., 2004 . وهذا النوع من الدراسات ينتج عنه مفهوم إعادة الخدمة المعرفية reserve cognitive، أو فكرة أن بعض الأفراد يستطيعون تعويض المرض باستخدام شبكات المخ البديلة أو الاستراتيجيات المعرفية التي تقلل من الخلل المعرفي الواضح.

ذكرنا فيما سبق أن الاكتئاب ربما يكون من عواقب الإصابة بالخرف Vinkers, Gussekloo, Stek, et al., 2004 . وبعكس اتجاه التأثير يبدو أن وجود الاكتئاب عبر تاريخ الحياة يتنبأ بانخفاض في الوظيفة المعرفية Ganguli, Du, Dodge, et al., 2006 ، وبالاستهداف للإصابة بمرض الزهايمر وأشكال أخرى لمرض الخرف Saczynski, Beiser, Seshadri, et al., 2010 . وبالتطور السريع لمرض الزهايمر Rapp, Schnaider-Beeri, Grossman, et al., 2006 . هذه التأثيرات تظهر بذات الشكل حتى عندما يتم ضبط كل من الخط القاعدي للخلل المعرفي ووجود أمراض طبية أخرى Goveas, Espeland, Woods, et al., 2011 .

الحالة الإكلينيكية "ماري آن" Mary Ann:

تم تشخيصي منذ ثلاث سنوات ماضية عند عمر 62 سنة بمرض الزهايمر في مراحله الأولى. أنا حاصلة على درجة الماجستير في العمل الاجتماعى من جامعة شيكاغو، وأعمل كمعالج اسري. وأغلب وقت عملي أقضيه في داخل مستشفيات نهاية العمر، والتي أعشق هذا العمل. وقد ظهرت أعراض هذا المرض فجأة - في الحقيقة لم يكن فجأة - إني بدأت أدرك أني لم أعد مثل ما عهدت نفسي. فهناك شيء اختلف في رأسي.

فهناك أشياء بسيطة تحدث مثل أثناء تحدثي مع شخص ما في التليفون، أقوم بغلق السماعة وأسال نفسي، من الذي أحدثه؟ وفيم أتحدث معه؟. وكان زوجي "جون" يشعر بأن هناك شيئا خطيرا يحدث عندما رجعنا سويًا من الإجازة.

وتنحصر رسالتي للأفراد ممن يعانون الزهايمر: كونوا رفقاء مع أنفسكم. هذا المرض يتطلب خفض التوقعات عن نفسك. وهو ما يمثل أصعب شيء يجب فعله لنا. فالخوف من فقدان نفسك، وكم على علم بأن هذا سيحدث في نهاية مرحلة الحياة.

الخرف الصدغي الجبهي Frontal-Temporal Dementia: يرجع اقتراح تسمية هذا النوع من الخرف باسم خرف الصدغي الجبهي إلى فقدان الخلايا العصبية في الأجزاء الأمامية والصدغية داخل المخ. فتدهور الخلايا العصبية لخرف الصدغي الجبهي تحدث في الغالب في الفص الصدغي الأمامي وقشرة الفص الجبهي Miller, Ikonte, Ponton, et al., 1997 . وتحديدًا يظهر الخرف الصدغي الجبهي في الفترة العمرية من منتصف الخمسينيات إلى أواخر الخمسينيات، ويتطور ببطء، وعادة تحدث الوفاة خلال فترة تتراوح بين خمس وعشر سنوات من بدء التشخيص Hu, Seelaar, Josephs, et al., 2009 .

وعلى النقيض مما يحدث في مرض الزهايمر فالذاكرة لا تتأثر بشكل حاد في خرف الصدغي الجبهي. وقد تطورت حديثًا المعايير التشخيصية للخرف الصدغي الجبهي من خلال الجمعية العالمية لتشمل تدهورا في ثلاثة مجالات على الأقل مما يأتي، وبالتالي يؤدي إلى الخلل الوظيفي: العاطفة، الوظيفة التنفيذية القدرة المعرفية على التخطيط والتنظيم ، القدرة على كبح السلوك، السلوك المُلزم أو المثابرة، ميول مفرطة لوضع أشياء غير غذائية في الفم، فتور الشعور Rascovsky, et al., 2011 . وفي المراحل الأولي للخرف الصدغي الجبهي، يلاحظ الآخرون تغيرات جوهرية في الفردية والحكم. على سبيل المثال، يبدأ رجل الأعمال الناجح والذكي في عمل مجازفات مالية فظيعة Levenson & Miller, 2007 .



الصورة العلوية هي تصوير بالرنين المغناطيسي لفرد يعانى الخرف الجبهي الصدغي، أما الصورة السفلية فهى التصوير بالرنين المغناطيسي لفرد سليم. ويتضح من المقارنة بين الصورتين أن هناك ضمورا، أو فقدانا في حجم المخ وخصوصًا المنطقة الجبهية الأمامية وكذلك ضمورا في المناطق الصدغية لدى مريض الخرف

ويحدث الاضطراب خللا في العمليات الوجدانية تبدو أكثر وضوحًا مقارنة بما يحدث خلال مرض الزهايمر، ويترتب على ذلك اضطرابات العلاقات الاجتماعية. وتبدو حالات العجز في صعوبة تنظيم الانفعالات Goodkind, Gyurak, McCarthy, et al., 2010 .

وبالرغم من هذا قد يؤدي سلوكيات شاذة، إلا أن مرضى الخرف الصدغي الجبهي لا يدركون أنهم ينتهكون الأعراف الاجتماعية Mendez, Lauterbach, & Sampson,

2008. وفي إحدى الدراسات المبتكرة على ثلاث مجموعات: مـرضى الخـرف الصـدغي الجبهـي، ومرض الزهايمر، ومجموعة ضابطة من الأصحاء. حيث طلب منهم أن يغنوا مع أغنية "فتاتي" My Girl، وفي المرحلة الثانية من التجربة، طلب منهم ملاحظة التسجيل السـمعي الـبصري لأدائهم أثناء الغناء لم يعرفوا مقدمًا أن ذلك سيحدث . أغلب الأفراد شـعروا بـالإحراج عنـد الاستماع لأدائهـم. إضـافة إلى هـذا فـإن الأفـراد ذوي مـرض الزهـايمر والأصـحاء قـد أظهـروا علامات نفسية فسيولوجية على الإحراج. بيـنما مـرضى الخـرف الصـدغي الجبهـي فشـلوا في توضيح أي تعبيرات وجهية للإحراج أو استجابات نفسية فسيولوجية. فكما هو متخيل، فـإن التغيرات في الفردية والمشـاعر تحـدث بسـبب نقـص الاستبصـار insight Mendez et al., 2008 . ويُعد الرضا الزواجي من المظاهر المتأثرة بشكل ملحوظ في الخرف الصدغي الجبهي مقارنة بمرض الزهايمر Ascher, Sturm, Seider, et al., 2010 .

وأصبح هناك مزيد من الوضوح في أن الخرف الصدغي الجبهي يحدث بسـبب عمليـات الجزئيـات العصـبية المختلفـة Mackenzie, Neumann, Bigio, et al., 2009 . أحـد هـذه العمليات هو مـرض "بيـك" Pick's disease يوصـف بوجـود أجسـام "بيـك" شـوائب كرويـة spherical inclusions داخل الخلايا العصبية، بالإضـافة إلى وجـود العديـد مـن الأمـراض أو العمليات المرضية المسببة للخرف الصدغي الجبهي. فبعض الأفراد المصـابين بـالخرف الصـدغي الجبهي أوضحوا ارتفاع مستويات تاو Tau الخيوط الملتفـة التـي تشـكل البروتـين تـاو داخـل أجسام الخلايـا العصـبية المُلاحظـة في مـرض الزهـايمر Josephs, 2008 . بالإضـافة إلى وجـود عناصر وراثية قوية للخرف الصدغي الجبهي، إلا أنها ليسـت مفهومـة بشـكل جيـد كـما لـدى مرض الزهايمر Cruts, Gijselinck, van der Zee, et al., 2006 .

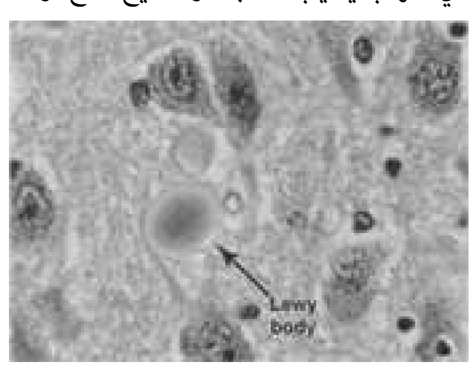
خرف الأوعية الدموية Vascular Dementia: يتم تشخيص خرف الأوعية الدموية عندما يكون خرف الأعراض المعرفية ناتجًا من الأمراض المخية الوعائيـة. ويشـيع بدرجـة كبيرة بين المرضى الذين يتعرضون لجلطات متكررة بسـبب السـكتات الدماغيـة strokes، ومن ثم تضعف الدورة الدموية، وتسبب وفاة الخلايا. فخلال هذا العـام، أصـيب حـوالي 7% من المرضى بالخرف بعد أول سكتة دماغية، ويـزداد الاسـتهداف للخـرف بعـد تكـرار السـكتات الدماغيـة Pendleury & Rothwell, 2009 . بوجـه عـام تمثـل عوامـل الاستهداف لخرف الأوعية الدموية هي نفسها الخاصة بالاستهداف للإصابة بمرض الأوعية الدمويـة Cardiovascular Disease، مثـل: ارتفـاع مسـتوى الكوليسـترول، وتـدخين السـجائر، وضـغط الـدم المرتفـع Moroney, Tang, Berglund, et al., 1999 . ويعـد خرف الأوعية الدموية والسكتات الدماغيـة أكـثر انتشـارا بـين الأمريكـان السـود مقارنـة

بالقوقـازيين Froehlich, Bogardus, & Inouye, 2001 . وبسـبب أن حـدوث السـكتات الدماغية ومرض الأوعية الدموية قد يصيب أجزاء مختلفة في المخ، ونتيجة لذلك تتباين أعراض خرف الأوعية الدموية. ويبدأ ظهور الأعراض بشـكل أسرع في خـرف الأوعيـة الدمويـة مقارنـة بالأشكال الأخرى للخرف. كما من الممكن حدوث تزامن بين خرف الأوعية الدمويـة واضـطراب الزهايمر.

الخرف بأجسام ليوي Dementia with Lewy bodies: ينقسم الخـرف بأجسـام ليـوي إلى فئتين فرعيتين اعتمادًا على حدوث مـرض باركنسـون Parkinson's disease أم لا. فحـوالي 80% من الأفراد الذين يعانون مرض باركنسون سوف يتطـور لـديهم الخـرف بأجسـام ليـوي، في حـين البعض بدون مرض باركنسون سيتطور الخرف بأجسام ليوي.

وعادة ما تكون الأعراض المرتبطة بهذا النوع من الخرف صعبا تمييزها عن أعراض كل من مرض باركنسون مثل خلط المشـية shuffling gait ومـرض الزهـايمر مثـل فقـدان الـذاكرة . فالخرف بأجسام ليوي أكثر احتمالا من مرض الزهـايمر في ظهـور الهـلاوس البصريـة، وتذبـذب الأعراض المعرفية American Psychiatric Association, 2013 . في كثير من الأحيان يكـون مرضى الخرف بأجسام ليوي أكثر حساسية للآثار الجانبية من الأدوية المضادة للـذهان. وهنـاك تمييز آخر لأعراض الخرف بأجسام ليوي في أن كثيرا من المرضى يخبرون بظهور الأحـلام المكثفـة التي تحتوي على مستويات مرتفعة من الحركة وعلـو الصـوت، مـما يجعلهـم يبـدون وكـأنهم يتصرفون خارج أحلامهم McKeith, Dickson, Lowe, et al., 2005 .

أنـواع الخـرف الناتجـة مـن المـرض والإصـابة Dementia Caused by Disease and Injury: هناك عدد من الأمراض الطبية يمكن أن تتسبب في الإصـابة بـالخرف. فالتهـاب الـدماغ Encephalitis - هو مصطلح شامل يطلق على أي التهاب يصيب أنسجة أو نسـيج المـخ، وهـذا الالتهاب ينتج عن فيروسات معينة تدخل إلى المـخ، أمـا الالتهـاب السـحائي Meningitis - فعبـارة عـن التهـاب يصـيب الأعضـاء التي تغطـي المـخ الخـارجي، وهـو في العـادة ينتج عن عـدوى بكتيريـة. أمـا الكـائن الـذي يـؤدي إلى الإصـابة بمـرض الزهـري التناسـلي syphilis هـذا الكـائن يسـمى باللولبيـة الشاحبة Treponema Pallidum فيخـترق



يعرف الخرف بأجسام ليوي بأنه ترسيبات شاذة في الخلايا العصبية تسمى أجسام ليوي.

المخ ويتسبب في الإصابة بالخرف.

ويمكن لفيروس نقص المناعة HIV، وإصابات الرأس، والأورام المخية، وسوء التغذية وخصوصا فيتامينات B المركبة B-complex vitamins ، والفشل الكلوي أو الكبدي، ومشكلات الغدة الصماء مثل زيادة نشاط الغدة الدرقية Hyperthyroidism أن تؤدي إلى الإصابة بالخرف. وكذلك التعرض للسموم مثل الرصاص أو الزئبق ، والاستخدام المزمن للمواد من الأسباب الإضافية للإصابة بالمرض.

الوقاية وعلاج الخرف Prevention and Treatment of Dementia: وهناك بعض العقاقير، كما سنشرح بعد قليل، قد توفر حماية متواضعة ضد تدهور الوظائف المعرفية. وبالرغم من الكم الهائل من الدراسات التي تم إجراؤها، إلا أنه لم يتم التوصل إلى علاج يمكن أن يقضي على الخرف، فأغلب المجهودات لتطوير العلاجات فشلت بشكل كلي. وبالمثل أغلب المجهودات المبذولة للوقاية من مرض الزهايمر فشلت أيضًا Williams et al., 2011 . بالرغم من ظهور بعض المكاسب المبكرة لفيتامين E، والستاتين statins، والعقاقير المضادة للالتهابات. وبالمثل وجد أن المحاولات المبذولة لمساعدة الأفراد على استرجاع الذكريات أو إمدادهم بمنبهات حسية إضافية لها تأثيرات محدودة إلى حد كبير American Psychiatric Assoication, 2007; Chung & Lai, 2009 . فالقائمون بالعلاج وأفراد الأسرة لديهم رغبة شديدة للوقاية والعلاج من هذا الاضطراب.

أدت بعض هذه خيبات الأمل في تطور العلاجات إلى التفكير في طرق جديدة عن هذه الاضطرابات. على سبيل المثال، سعي الباحثون في بعض الأوقات إلى إزالة الطواعين بيتا - اميلويد من مخ الأفراد ذوي مرض الزهايمر، والمثير للمفاجأة أنهم عندما طوروا بالفعل الآلة التي تزيل هذه الطواعين، وجدوا أن الاختلالات المعرفية مازالت مستمرة، بل في بعض الحالات تدهورت بشكل أسوأ Holmes, Boche, Wilkinson, et al., 2008 . وفي سبيل ذلك أصبح التركيز أكثر على التدخلات للوقاية من تدهور الاضطراب. وإحدى هذه الطرق هى دراسة العوامل التي تقلل فرص تطور الاختلال المعرفي المعتدل إلى الخرف. أما الطريقة أخرى فهي دراسة الأفراد الذين أظهروا علامات بيولوجية مبكرة عن الاستهداف للإصابة بمرض الزهايمر. ومن المؤشرات المبكرة نجد أن علامات الطواعين، والألياف، ووفاة الخلايا العصبية تشجع الباحثين على فحص كل هدف محتمل Sperling et al., 2011 .

ونبدأ الآن بوصف الأدوية المستخدمة لعلاج الخرف، والأعراض المتعلقة به. ثم نتجه نحو وصف المناحي النفسية وأسلوب الحياة مشتملة على اكتشافات واعدة لبرامج ممارسة الرياضة.

الأدوية Medication : لا توجد أدوية بشكل مخصص للأعراض المعرفية مثل الخرف بأجسام ليوي Caselli & Yaari, 2008 . ولهذا سنركز على التدخلات للأنماط الأخرى من الخرف. وأكثر العلاجات نجدها لمرض الزهايمر مقارنة بباقي الأشكال الأخرى للخرف.



توفي الرئيس السابق رونالد ريغان من مرض الزهايمر،، وقد كتب ابنته التالي بعد مرض...". الماضي هو مثل الدفة للسفينة .فإنه يحتفظ همتك من خلال الحاضر، يرسم لك في المستقبل .دون ذلك، دون ذاكرة، وأنت تصبح قارب بدون مجداف يتحرك حسب الرياح دون وجود مرساة فأنت تعلم هذا من خلال مشاهدة فرد تحبه أخذه الانجراف بعيدا عنك (Davis, 2002).

حيث تساعد الأدوية على جعل الانخفاض يسير بشكل بطيء، لكنها لا تعيد وظيفة الذاكرة لمستوياتها الماضية. ومن أكثر الأدوية الشائعة للخرف نجد مثبطات الكولين cholinesterase inhibitors العقاقير التي تتداخل مع انخفاض الأستيل acetylcholine ، التي تشمل على عقار donepezil الاسم التجاري Aricept ، وعقار rivastigmine الاسم التجاري Exelon. حيث وجد أن لمثبطات الكولين تأثيرا طفيفا في حدوث انخفاض الذاكرة بشكل بطيء مقارنة بعلاج البلاسيبو لدى مرضى الزهايمر Birks, 2006 . ومرضى الخرف بأجسام ليوي Maidment, Fox, & Boustani, 2006 . وللأسف، فإن العديد من الأفراد لا يستمرون في تناول هذه العقاقير لما يترتب عليها من آثار جانبية مثل الغثيان Maidment et al., 2006 .

إضافة إلى مثبطات الأستيل، هناك أيضًا عقار memantine الاسم التجاري namenda الذي يؤثر على مستقبلات الجلوتامات، التي يعتقد أن تشارك فيها الذاكرة، وكانت قد أظهرت آثارا صغيرة مقارنة بالمحاولات البلاسيبو الضابطة لمرض الزهايمر.

وهناك علاجات طبية شائعة تستخدم للأعراض النفسية المصاحبة لمرض الخرف مثل الاكتئاب، واللامبالاة، والعصبية والهياج. على سبيل المثال، تساعد مضادات الاكتئاب في تخفيف أعراض الاكتئاب المصاحبة لمرض الزهايمر Modrego, 2010 . والخرف بأجسام ليوي Mendez et al., 2008 . ولأن الاكتئاب يتسبب في زيادة الاختلال المعرفي لدى كبار السن مقارنة بالأفراد صغار السن Lockwood, Alexopulos, Kakuma, et al., 2000 ، فإن علاج أعراض الاكتئاب عادة يؤدي إلى تحسينات في الأعراض المعرفية.

وبـالرغم مـن أن علاجـات مضـادات الـذهان تخفـف مـن أعـراض الهيـاج العـدواني Lonergan, Britton, Luxenberg, 2007 ، إلا أنهـا تزيـد أيضًـا مـن الاسـتهداف للوفـاة بـين الأفراد كبار السن من المصـابين بـالخرف Food and Drug Administration, 2005; Gill, Bronskill, Normand, et al., 2007 . وعـلى الـرغم مـن هـذه الخطـورة، فـإن علاجـات مضادات الذهان أكثر انتشارًا بين الأفراد ذوي الخرف خاصة عندما تتوفر التـدخلات السـلوكية الفعالة بدون المخاطر ذاتها.

العلاج النفسي وأسلوب الحياة Psychological and Lifestyle Treatment: إن العـلاج النفسي المساند يساعد الأسر والمـرضى في التعامل مع تأثيرات المرض. وبشكل عام، فإنه المعالج يعطي العديـد مـن الفـرص للمريض وللأسرة لمناقشة المرض، كـما أن المعالج يقوم بتقديم المعلومات الدقيقـة حول المرض، ويسـاعد أفـراد الأسرة عـلى الاهـتمام بـالمريض في المنـزل، ويشـجع الاتجـاه الـواقعي في الـتصرف بـدلا مـن الإحسـاس الكـارثي عنـد التعامـل مـع التحديات المتعـددة التـي يفرضـها هـذا الاضـطراب المعـرفي Knight, 1996 . انظر إلى تركيز الاكتشاف 14-1 للاطلاع على مزيـد مـن التفاصـيل حـول الطـرق العلاجية التي يتم تقديمها لدعم القائمين بالرعاية.



توفير معينات الذاكرة هي أحد السبل لمكافحة فقدان الذاكرة

وتظهر لممارسة الرياضة أيضًا فوائد في تحسين الوظيفة المعرفية. حيث وجد - مـن خـلال تحليل 12 دراسة تحتـوى عـلى 824 فـردًا ممـن يخضـعون لـبرامج ممارسـة الرياضـة- تحسـن الوظيفة المعرفية لهؤلاء ممـن يعـانون اخـتلالات معرفيـة تـتراوح مـا بـين بسـيطة ومتوسـطة Heyn, Abreu, & Ottenbacher, 2004 . كما أوضحت الدراسات أن برامج ممارسة الرياضة تحسن الوظيفة المعرفيـة بـين المـرضى المشخصـين بالفعـل بمـرض الزهـايمر Cott, Dawson, Sidani, et al., 2002 .

وتساعد المناهج السـلوكية عـلى تعـويض فقـدان الـذاكرة، والحـد الاكتئـابي والسـلوك المضـطرب بـين الأفـــراد الـذين يعـانون المراحـل المبكـرة لمـرض الزهـايمر. فعـلى سـبيل

المثال، تعمل المساعدات الخارجية للذاكرة مثل قوائم المشتريات، والتقويمات، وقوائم التليفون، والعلامات على مساعدة كلما وضعت بشكل بارز كرسائل التذكير البصرية Buchanan, Christenson, Houlihan, et al., 2011 . فالمشاركة في الأنشطة السارة تُعد من الطرق التي تزيد من انخفاض الاكتئاب Logsdon, McCurry, & Teri, 2007 . وتساعد الموسيقى في الحد من الانفعالات والسلوك التخريبي عند السماع لها Livingston, Johnston, Katona, et al., 2005 . هذه التدخلات السلوكية توفر بدائل ضرورية للمناهج الطبية.

تركيز الاكتشاف 14-1 :

المساندة لمقدمي الرعاية Support for Caregivers:

مقابل كل فرد يعانى حالة خرف حادة وخطيرة، ويعيش في المستشفيات، هناك على الأقل اثنان يعيشان في المجتمع، وفي العادة تدعمهما الأسرة وخصوصا الزوجات والبنات . فتقديم الرعاية بالنسبة لمرضى الخرف يتطلب وقتا أكبر بكثير من الوقت الذي يتطلبه تقديم الرعاية بالنسبة لخطر الاضطرابات الأخرى Ory, Hoffman, Yee, et al., 1999 ، كما أنه اتضح أن هذا الأمر يمثل ضغطا كبيرا جدا في بعض الثقافات Torti, Gwyther, Reed, et al., 2004 . فالقائمون بالرعاية أكثر استهدافًا للقلق والاكتئاب الإكلينيكي Dura, Stukenberg, & Kiecolt-Glasser, 1991 ، وللأمراض الجسمية Vitaliano, Zhang, & Scanlan, 2003 ، ولانخفاض الوظيفة المناعية Kiecolt-Glasser, Dura, Speicher, et al., 1991 مقارنة بغير القائمين بالرعاية. وبالإضافة إلى ذلك، فإن الاكتئاب والوحدة يستمران مع بعض مقدمي الرعاية لفترة طويلة بعد موت زوجهم المريض Robinson-Whelan, Tada, McCallum, et al., 2001 .

وعلى أي حال يمكن تقديم المساعدة للأسر للتعايش بشكل أفضل مع المشقة اليومية الناتجة من إصابة أحد أفراد الأسرة بمرض الزهايمر. فعلى سبيل المثال، لأن الأفراد المصابين بالزهايمر يجدون صعوبة كبيرة في الاحتفاظ أو إضافة معلومات جديدة إلى ذاكرتهم، فإنهم قد يشتركون في حوار فعال، غير أنهم ينسون ما تم مناقشته بعد مرور دقائق قليلة على انتهاء المناقشة. وقد يصبح مقدم الرعاية نافد الصبر بدون أن يدرك هو /أوهي أن هذا الضعف من المتوقع أن يكون ناتجا عن تلف أعصاب المخ. فيستطيع أفراد الأسرة تعلم استراتيجيات التواصل للتكيف مع فقدان الذاكرة. على سبيل المثال، تسأل الأسر أسئلة تضمن الإجابة عليها لسهولتها. مثل "مع من تحدثت في التليفون هاري أم توم"؟ مقارنة "من الذي طلبك"؟

ومن الضروري أيضًا بالنسبة لمقدمي الرعاية أن يفهموا أن المرضى لا يـدركون حـدودهم، ويحاولون الاشتراك في أنشطة لا تتناسب مع قدراتهم، وفي بعض الأحيان تتسم هـذه الأنشـطة بالخطورة. لذا فمن المهـم وضـع الحـدود والقيـود في ضـوء نسـيانهم الكثـير والمتكـرر لجوانـب الضـعف والخلل التي يعانونها، فعلى سـبيل المثـال، في الغالـب يحتاج مقدمو الرعاية إلى تحـذير المصـاب بالزهـايمر، من أنه يقود السيارة بسرعة تتجاوز الحدود المسموح بها، ومن ثم يقومون بإطفـاء مفـاتيح السـيارة كـما أنهم لا يمكن أن يتوقعـوا أن قـريبهم سـوف لا يـنسى القاعدة الجديدة .



رعاية قريب من ذوي مرض الزهايمر هو مصدر رئيس للمشقة الشديدة

وقد اتضـح أن الـبرامج التـي تعلـم اسـتراتجيات المواجهـة للقـائمين بالرعايـة مثـل زيـادة الأنشـطة السـارة، ممارسـة الرياضـة، أو المسـاندة الاجتماعيـة ، بالإضافة إلى برامج العلاج السلوكي الفردي تخفف من الاحتراف النفسي لهؤلاء القائمين بالرعاية Selwood, Johnson, Katona, et al., 2007 ، وتقلـل مـن الاكتئاب Mittelman, Brodaty, Wallen, et al., 2008 . فالبرامج المستمرة على الأقل لستة أسابيع Selwood et al., 2007 أو تحتوى على مكونات متعددة مثل التثقيف الـنفسي عـن الخرف، خدمات تـدبر الحالـة، اسـتراتيجيات المعرفيـة السـلوكية أكـثر ثباتًـا في تقليـل مشـقة القائمين بالرعاية Acton & Kang, 2001 . وقد وجد أن برامج دعـم مقـدمي الرعايـة فعالـة في تقوية الجهاز المناعي لمقدمي الرعايـة Garand, Buckwalter, Lubaroff, et al., 2002 ، وفي تقليل التكاليف الطبية والدوائية التي يتحملها الفرد الذي يعاني الخرف، وكـذلك في تـأخير توقيت الإدخال في المستشفى Teri, Gibbons, McCurry, et al., 2003 .

وقد أوضح الباحثون مـؤخرا أن هـذه الـبرامج يمكـن تقـديمها بشـكل فعـال في مـنظمات المحافظة على الصحة Health Maintenance Organization، عـلى أمـل جعلهـا في متنـاول عدد أكبر مـن الأفـراد Toseland, McCallion, Smith, et al., 2004 . وقـد وجـدت إحـدى الدراسات تقديم إرشادات العمل الاجتماعي المقـدم للأفـراد ذوي مـرض الزهـايمر Vickrey, Mittman, Connor, et al., 2006

الهذيان Delirium :

تُعد كلمة Delirium مشتقة من الكلمتين اللاتينيتين: "De" التي تعني خارج "Out Of" ، وكلمة Lira والتي تعني الدرب "Track" . فالمصطلح أو الكلمة تشير إلى الخروج عن المسار أو الانحراف عن الحالة المعتادة أو الوضع المعتاد Wells & Duncan, 1980 . وكما هو واضح من خلال الحالة الإكلينيكية لـ "هنري" في بداية هذا الفصل، فإن الهذيان يتم وصفه بالتحديد على أنه "حالة تشويش في الوعي". وهناك عرضان شائعان هما الصعوبة المتطرفة في تركيز الانتباه واضطرابات عميقة في دورة النوم / اليقظة Meagher, 2007 . فالمريض يعاني أحيانًا وبشكل مفاجئ مشكلات في تركيز الانتباه، ولا يستطيع الاحتفاظ بالمسار أو السير الطبيعي لعملية التفكير. فتكرار السير أثناء النوم يصبح مزعجا بحيث إن الفرد يكون نائما ونعسانا بالنهار غير أنه يستيقظ ويتحرك أثناء الليل، وتنتشر الأحلام القوية، والكوابيس، وقد يكون من غير الممكن أن يشترك المرضى المصابون بالهذيان في الحوار أو المناقشة، وذلك بسبب غياب الانتباه لديه وبسبب تفكيرهم المشتت، وفي حالات الهذيان الحادة، يكون الكلام مشتتا من موضوع إلى موضوع وغير مترابط. وقد يصبح بعض الأفراد المصابين بالهذيان والذين يتسمون بالارتباك والذهول تائهين تماما لدرجة أنهم لا يدركون أيا من أيام الأسبوع الموافق لهذا النهار أو أين هم، أو حتى من هم. وينتشر ضعف الذاكرة وخصوصا فيما يتعلق بالأحداث القريبة.

المعايير التشخيصية لاضطراب الهذيان طبقًا للدليل الخامس DSM-5
اضطراب في الانتباه والوعي.
حدوث تغيير في المعرفة مثل اضطراب التوجه، واللغة، والذاكرة، والإدراك، أو القدرة البصرية المكانية بشكل لم يُعد أفضل.
البداية السريعة عادة في غضون ساعات أو أيام ، والتقلب على مدار اليوم الواحد.
لا تحدث هذه الأعراض بسبب موقف طبي أو سوء استخدام المواد السمية .

وعلى مدار أربع وعشرين ساعة، تكون هناك فترات من الصفاء لدى الأفراد المصابين بالهذيان، ويصبحون منتبهين ومترابطين ومتماسكين. ويتسمون باليقظة، وبشكل عام تزداد حالة الفرد سوءا أثناء الليالي الخالية من النوم، وكذلك في الظلام، وتساعد هذه التقلبات اليومية على التمييز بين الهذيان وبين أية أعراض أخرى، وبصفة خاصة مرض الزهايمر.

وتعتبر الاضطرابات الإدراكية Perceptual Disturbances من الأمور التي تحدث بشكل متكرر في مرض الهذيان. فالأفراد يخطئون في إدراك الشيء غير المألوف بسبب المألوف. فمثلا، قد يقولون إنهم في البيت، بدلا من أن يقولوا الصواب وهو أنهم في

المستشفى. وبالرغم من شيوع الهلاوس البصرية، إلا أنها لا توجد بشكل دائم. والضلالات هي المعتقدات التي تخالف الواقع - وقد لوحظ أنها موجودة عند ما يقرب من 25% من كبار السن المصابين بالهذيان Camus, Burtin, Simeone, et al., 2000 . وتميل هذه الضلالات إلى أنه يمكن التخلص منها وإزالتها وتغييرها بشكل طفيف.



سوء استخدام الدواء، سواء كان متعمدا أو غير مقصود يمكن أن يكون مشكلة خطيرة بين كبار السن ويسبب الهذيان.

كما أن التقلبات في النشاط والحالة المزاجية تكون مصاحبة لهذه الأفكار المضطربة والتصورات المشوشة. وقد يتسم الأفراد المصابون بالهذيان وبالشرود، ويمزقون ملابسهم في لحظة ثم يجلسون غير مبالين أو نائمين في اللحظة التي تليها. وعلى أي حال، فإن الأفراد المصابين بالهذيان عادة ما يكونون في حالة اضطراب عاطفية شديدة، وقد يتغيرون بسرعة من شعور وجداني إلى آخر - الاكتئاب، القلق، الشجار، الغضب، النشوة، حدة الطبع. ويشيع بينهم الحمى، والوجه المتورد، والعينان المتسعتان، والارتجافات أو الارتعاشات، وضربات القلب، وارتفاع ضغط الدم، وعدم التحكم في البول والبراز. وإذا بدأت حالة الهذيان، فإن الفرد قد يصبح في حالة خدر وسبات وذهول وكسولا Webster & Holroyd, 2000 .

ومن المؤسف أنه غالبا ما يتم الخطأ في تشخيص الهذيان Knight, 1996 . فعلى سبيل المثال، وجد من خلال 77 من المقيمين في المستشفي من كبار السن، والذين يعانون أعراضًا واضحة للهذيان، أن 60% منهم لم يتم تشخيصهم بالهذيان في قوائم المستشفي Lauril, Pitkala, Strandberg, et al., 2004 . ومن غير المرجح أن يقوم الأطباء على وجه التحديد بالكشف عن الهذيان أو التحقق منه إذا كانت هناك حالة من النعاس Cole, 2004 .

ويعد الأفراد من كل الأعمار معرضين للهذيان، غير أنه يعتبر أكثر انتشارا بين الأطفال، وكبار السن. وفي كبار السن، ينتشر على وجه التحديد في بيوت الرعاية والمستشفيات. فعلى سبيل المثال، وجدت إحدى الدراسات أن ما بين 6-12% من نزلاء بيوت الرعاية مصابون بالهذيان وذلك على مدار عام وحد Katz, Parmelee & Prubaker, 1991 . كما أن المعدلات تعد أكثر ارتفاعا من تلك التي وجدت عند المرضى كبار السن الذين يقيمون في المستشفى Meagher, 2001 .

وفي الغالب يساء تشخيص الهذيان أو يكون هناك خطأ في تشخيصه عندما يكون الفرد مصابا بالخرف. ويقدم جدول 14-4 مقارنة بين ملامح كل من الخرف والهذيان. ويقدم "كنيت" Knight 1996 اقتراحا مفيدا للتمييز بين الخرف والهذيان:

"إن "الإحساس" الإكلينيكي عند التحدث مع فرد مصاب بالهذيان يُعد بالأحرى كما لو كان الطبيب يتحدث مع شخص وصل إلى درجة عالية من السُكر، أو يعاني نوبة ذهانية حادة، في حين أن المريض بالخرف قد يفشل في تذكر اسم المكان المتواجد فيه. فإن المريض المصاب بالهذيان يعتقد أنه نوع مختلف تماما من الأماكن وربما يخطئ في الاعتقاد بأن الجناح الطبي هو سيارة .... Knight, 1996, pp.96-97 .

ويعد اكتشاف الهذيان وعلاجه ذا أهمية قصوى. حيث إذا لم يتم علاج الهذيان، فإن معدلات الوفاة تتزايد؛ فإن ما يزيد على ثلث المرضى يلقون حتفهم في خلال عام McCusker, Cole, & Abrahamowicz, 2002 . بجانب الاستهداف للوفاة، فكبار السن الذين يتطور لديهم الهذيان في المستشفي يزداد لديهم الاستهداف للتدهور المعرفي Jackson, Gordon, Hart, et al., 2004 . ويتم نقله إلى دار للرعاية Witlox, Eurelings, de Jonghe, et al., 2010 . وليس واضحًا لماذا يتنبأ الهذيان بمثل هذه النواتج السلبية، فالبعض يعتقد أن الهذيان ربما يكون مؤشرًا على الهشاشة التابعة بشكل واضح في مواجهة حالة طبية.

أسباب الهذيان Etiology of Delirium: وكما هو موضح في المعايير التشخيصية، فإن الهذيان ينتج من إصابة بأمراض طبية. وقد تم تحديد أسباب متعددة للهذيان: عقاقير السُمية والتفاعلات الدوائية للانسحاب، واختلال التوازن الغذائي والأيض كما في حالات مرض السكر التي لا يمكن السيطرة عليها، وخلل الغدة الدرقية، والفشل الكلوي أو الكبدي، والقصور الاحتقاني للقلب، وسوء التغذية ، والأمراض المعدية أو الحمى مثل الأمراض المعدية التي تصيب الجهاز البولي أو الرئوي ، والاضطرابات العصبية، مثل إصابة الرأس، أو نوبات الصرع ، والمشقة الناتجة عن العمليات الجراحية الكبرى Knight, 1996; Zarit & Zarit, 1998 . ومن أكثر مسببات الهذيان جراحة المفاصل Marcantonio, Flacker, Wright, et al., 2001 . وكما في حالة "هنري" في بداية الفصل، فعادة هناك أكثر من سبب للهذيان.

لماذا يعد كبار السن أكثر عرضة للإصابة بالهذيان؟ لقد تم تقديم العديد من التفسيرات لهذا السؤال، منها: التدهور الجسماني مع تقدم العمر، القابلية للإصابة بالأمراض المزمنة، تعدد الأدوية التي يتم وصفها للمرضى كبار السن، والحساسية الكبيرة للعقاقير. فعطب المخ والخرف أيضًا يزيدان من الاستهداف للهذيان Purdie, Honigman, & Rosen, 1981 .

جدول 14-4 الملامح المقارنة بين الخرف والهذيان

الخرف	الهذيان
التدهور التدريجي للقدرات	البداية السريعة
وجود عيوب وضعف في الذاكرة بالنسبة للأحداث القريبة	وجود صعوبة في التركيز ومواصلة التفكير التسلسلي
لا تفسره حالة طبية مرضية أخرى.	يعتبر حالة ثانوية مترتبة على حالة طبية مرضية أخرى.
يتزايد باستمرار ولا يعود للوراء أو يتراجع	يتميز بالتقلبات على مدار اليوم الواحد
يحقق العلاج أدنى حد من الفائدة	يتراجع في العادة من خلال علاج الحالة المرضية الأساسية، غير أنه من المحتمل أن يزيد معدل الوفاة إذا لم يتم علاج السبب العدوى أو سوء التغذية مثلا .
يزداد انتشاره مع التقدم في السن	يتزايد انتشاره بين الصغار مثلما لدى كبار السن.

علاج الهذيان Treatment of Delirium: إن الشفاء الكامل من الهذيان هو أمر ممكن إذا تم تحديد الأعراض بشكل صحيح، وتم كذلك تحديد السبب الأساسي وعلاجه بشكل عاجل وفعال. ولابد من إجراء فحص شامل لكبار السن الذين يعانون ضعف معرفي، وذلك للوقوف على كل الأسباب المحتملة والتي يمكن علاجها، لهذا الاضطراب، مثل السكر، والأمراض المعدية، والحمى، وسوء التغذية، وإصابات الرأس، وبعد ذلك يتم علاج هؤلاء المرضى بناء على هذا الفحص، وبعيدا عن علاج الحالات المرضية الأساسية، فإن أكثر طرق العلاج انتشارا هي استخدام أدوية مضادات الذهان Lonergan, Briton, Luxenberg, et al., 2007 . وبصفة عامة تستغرق الحالة فترة تتراوح من أسبوع إلى 4 أسابيع للتعافي والشفاء، إلا أنها قد تستمر لفترة أطول عند المرضى المسنين مقارنة بالمرضى صغار السن.

وبسبب ارتفاع معدلات الهذيان عند كبار السن المحتجزين في المستشفيات، فقد قامت إحدى الدراسات باختبار فاعلية خطط المكافحة الأولية- بعبارة أخرى، كان الهدف هو القضاء على أو منع الهذيان منذ البداية. وقد قام الباحثون باختيار 582 شخصا من المرضى المقيمين في المستشفى بشكل عشوائي، وكانت أعمارهم تتراوح بين السبعين عاما أو تزيد، وذلك لكي يخضعوا إما لتلقي الرعاية الطبية النموذجية وحدها، أو الرعاية الطبية النموذجية جنبا إلى جنب مع علاج تم تصميمه لمنع بداية الهذيان، وهذا التدخل

العلاجي انصب على عوامل الاستهداف للإصابة بالهذيان، مثل الحرمان من النوم، وعدم الحركة، والجفاف، وضعف السمع والبصر. وقد كشفت نتائج الدراسة عن أن المرضى الذين تلقوا التدخل أقل احتمالا بشكل ملحوظ في تطور الهذيان، وكذلك في الشفاء السريع منه مقارنة بأولئك الذين تلقوا الرعاية الطبية النموذجية بمفردها Inouye, Bogardus, Charpentier, et al., 1999 .

ويثير ارتفاع معدل الاستهداف للإصابة بالهذيان بين الأفراد المصابين بالخرف مجموعة أخرى من قضايا المكافحة، وبالرغم من أنه يتم في الغالب إهمال أهداف الحماية هذه، إلا أن أسرة الفرد المصاب بالخرف ينبغي أن تتعلم معرفة أعراض الهذيان، وأن تعرف بعض المعلومات عن طبيعته التي تتميز بالتراجع. ويعد ذلك مهما لأنهم قد يعتقدون أو يفسرون بداية الهذيان على أنها مرحلة جديدة من الخرف الذي يتزايد باستمرار. فعلى سبيل المثال، قد يصاب المريض بالزهايمر بحمى الرعاية من خلال تعرضه للعدوى، ويبدأ في الهلوسة، والتصرف بشكل شاذ. هذه الأعراض الجديدة التي تضاف إلى التدهور العقلي الذي تعود عليه أفراد الأسرة، قد تدفعهم إلى الخروج بنتيجة مفادها أن المريض تسوء حالته بشكل لا يمكن تخفيفه، وقد يندفعون إلى اتخاذ قرار متعجل بإدخال المريض واحتجازه في المستشفى، وعلى أي حال قمع التشخيص السليم والعلاج المناسب، يمكن للشخص أن يعود إلى حالته الأولى بشكل عادي، ويمكن تجنب الاحتجاز في المستشفى بشكل متعجل.

ملخص سريع :

يعد الخرف مصطلحا عاما يشمل التدهور المعرفي، بالتحديد ضعف الذاكرة وعدم قدرتها على تذكر الأحداث القريبة، كما أن الاختلالات والعيوب المعرفية تصبح أكثر انتشارا وأكثر ازعاجا. ويصيب الخرف حوالي من 1-2% من الأفراد ذوي الستين من العمر، غير أنه يصيب حوالي 20% من الأفراد الذين تزيد أعمارهم عن 84 عاما، وهناك عدة أنواع من الخرف، منها مرض الزهايمر، والخرف الصدغي الجبهي، وخرف الأوعية الدموية، والخرف بأجسام ليوي.

ويتميز الزهايمر بوجود الطواعين، والتشابكات العصبية في المخ. وقد تم الربط بينه وبين APOE-4 allele -، وبالرغم من ذلك فإن الاستعداد الوراثي يتأثر بالأحداث البيئية والنفسية، مثل الاكتئاب، وممارسة الرياضة، والانخراط في النشاط المعرفي.

ويتميز الخرف الصدغي الجبهي بوجود تغيرات ملحوظة في السلوك الاجتماعي والانفعالي. وتشير بعض الأبحاث إلى أن الخرف الصدغي الجبهي قد ينتقل عن طريق الوراثة، غير أنه من الضروري إجراء المزيد من الأبحاث حول هذا الموضوع.

ويصيب خرف الأوعية الدموية المناطق الفرعية في قشرة المخ، وفي الغالب يحدث عقب التعرض لسكتة دماغية. وليس هناك دور للعوامل الوراثية في خرف الأوعية الدموية.

يتميز الخرف بأجسام ليوي بوجود هلاوس بصرية، وتقلبات في الوظائف الإدراكية، والحساسية المفرطة للآثار الجانبية للأدوية المضادة للذهان، وأحلام شديدة يحدث خلالها تحرك وتحدث الفرد.

ولم تصدر توصية بالمعايير التشخيصية للخرف بأجسام ليوي إلا في خلال السنوات العشر الأخيرة. وذلك لأن الأعراض تتداخل مع أعراض أنواع أخرى من الخرف، وتتشابه معها، فإن الباحثين قد انشغلوا بمسألة ما إذا كان من المستحسن اعتبار ذلك نوعا مختلفا من أنواع الخرف.

وقد وافقت مؤسسة الغذاء والدواء على مثبطات الأسيل لعلاج مرض الزهايمر، ويجرى اختبار عدد من الأدوية الأخرى. غير أن الأدوية المتوافرة في الوقت الحالي تقدم فائدة ضئيلة ونتائجها متواضعة، وقد يكون التثقيف النفسي، وتدريبات الذاكرة مفيدة بالنسبة لبعض المرضى أثناء المراحل الأولى لمرض الزهايمر، غير أنهما يعدان بلا جدوى عندما تصبح أعراض الخرف أكثر وضوحا وتعقيدا وتفاقما، ويعتبر الأفراد الذين يقومون بتقديم الرعاية للمرضى المصابين بالزهايمر، معرضين بدرجة كبيرة لخطر الإصابة بالاكتئاب والقلق. وتسهم التدخلات العلاجية متعددة الأشكال - والتي تركز على عدد من القضايا الخاصة بمقدم الرعاية بما في ذلك حتى فترات راحته من تقديم الرعاية- في تقديم بعض الوقاية والحماية ضد الأعراض النفسية.

ويعد الهذيان اضطرابا معرفيا يتميز بالوعي المشوش والتدهور والعجز عن مواصلة الحوار. وتتباين الحالة المزاجية والأعراض على مدار اليوم. ويعتبر الأطفال وكبار السن هم الأكثر عرضة للإصابة بالهذيان، وبين كبار السن، ينتشر بالتحديد في المستشفيات وبيوت الرعاية. ومن خلال التعريف، يعتبر الهذيان حالة ثانوية مترتبة على حالة طبية أساسية، فإذا تم التشخيص بالإصابة بالهذيان، وتمت معالجة الحالة المرضية الطبية الأساسية، كان من الممكن حينها توقع الوصول إلى الشفاء الكامل. وبالرغم من ذلك، فإنه في الغالب لا يتم اكتشاف الهذيان، وتتزايد تماما خطورة التعرض لتدهور معرفي آخر، أو حتى التعرض للوفاة إذا لم تتم معالجة الأعراض.

الملخص:

الشيخوخة: القضايا والأساليب:

- حتى وقت قريب، كانت المشاكل النفسية التي يعانيها كبار السن، مهملة من جانب المتخصصين في الصحة العقلية، ومع زيادة متوسط الأعمار في التحسن، فسيكون

من المهم تعلم أشياء حول الاضطرابات التي يعانيها كبار السن أو بعض كبار السن، وأكثر الأساليب فعالية في علاجها.

- وهناك العديد من الأفكار النمطية الخاطئة حول مرحلة الشيخوخة، فبشكل عام، يسجل الأفراد في مرحلة الشيخوخة، مستويات أقل من العواطف السلبية، وهم لا يعانون قلقا غير مبرر بشأن حالتهم الصحية، ولا يتسمون بالانعزال والوحدة. وبشكل أكثر تحديدا فإنهم يظهرون حياة جنسية تتسم بالنشاط. وعلى الجانب الآخر، فإن الفقر ووصمة العار، والمرض الجسدي هي التحديات التي يواجهها الأفراد كلما تقدمت بهم السن.
- وفي الدراسات البحثية، هناك اختلافات بين الفئات العمرية الأصغر سنا، والفئات الأكبر سنا، وهذه الاختلافات قد تعكس إما تأثيرات الجماعية أو تأثيرات العمر الزمني، وتعد الدراسات الطولية أكثر فائدة في بيان هذا الاختلاف والتمييز من الدراسات العرضية.

الاضطرابات النفسية في مرحلة الشيخوخة:

- تشير البيانات إلى أن الأفراد الذين تعدوا سن الخامسة والستين لديهم أقل المعدلات من الاضطرابات العقلية بصفة عامة. وذلك بين كل الفئات العمرية الأخرى، وعندما يتعرض كبار السن لاضطرابات نفسية، فإن الأعراض غالبا ما تكون امتدادا لاضطراب ظهر في مرحلة سابقة من الحياة. ومن الضروري استبعاد الأسباب الطبية للأعراض النفسية التي تحدث أثناء مراحل العمر المتأخرة.

الاضطرابات المعرفية في مرحلة الشيخوخة:

- هناك اضطرابات معرفية خطيرة تصيب قلة قليلة من الأفراد المسنين، وهناك اضطرابان رئيسان تم تمييزهما، هما: الخرف والهذيان.
- ففي الخرف يتدهور الأداء العقلي للشخص، وكما يحدث تدهور في الذاكرة والتفكير المجرد، وكذلك في الحكم. وكلما تزايد أو تفاقمت حالة الخرف، فإن الفرد يبدو وكأنه إنسان آخر تماما، وفي النهاية يصبح كثير النسيان للأشياء المحيطة به. وهناك عدد من الأمراض يمكن أن تتسبب في هذا التدهور. ويعد الزهايمر أكثرها انتشارا، وهو مرض تدريجي ولا رجعة فيه، حيث تتعرض خلايا قشرة المخ للتلف والتدمير. ومن المحتمل أن تلعب الجينات دورا في أسباب مرض الزهايمر، وكذلك تعد إصابات الرأس التي حدثت من قبل، والاكتئاب من عوامل الاستهداف أيضا.
- وهناك أشكال أخرى من الخرف منها: الخرف الصدغي الجبهي، وخرف الأوعية الدموية، والخرف بأجسام ليوي.

- وعادة ما تكون استجابة الخرف للعلاج بالأدوية ضئيلة للغاية إلى أدنى حد ممكن، غير أن الفرد المصاب بالمرض والأسرة كذلك يمكن استشارتها حول كيفية جعل الوقت المتبقي قابلا للتحكم فيه وإدارته بل ومكافأته أيضا، فإذا تم تقديم الدعم الكافي لمقدمي الرعاية، فإنه يمكن الاعتناء بالعديد من المرضى في المنزل.

- أما في الهذيان، فإن هناك تغيبا مفاجئا للوعي أو اضطراب مفاجئ للوعي، بالإضافة إلى مشاكل أخرى في التفكير، وفي الشعور والسلوك، مثل التفكير المتشتت، وغير الموجه، والتوهان، والنعاس، والنشوة، وتقلبات المزاج، والكلام غير المترابط، وعدم القدرة على مواصلة الانتباه، والهلاوس والضلالات.

- ويمكن علاج هذه الحالة، بشرط أن يتم علاج السبب الأساسي بشكل كاف وتام. وتشمل أسباب الهذيان، الإفراط في تناول الأدوية، وعدوى نسيج المخ، وارتفاع الحمى، وسوء التغذية، والاضطرابات الهرمونية أو اضطرابات الغدة الصماء، وإصابات الرأس، ومشاكل الأوعية الدموية، والجراحة.

الفصل الخامس عشر
اضطرابات الشخصية

15

الفصل الخامس عشر
اضطرابات الشخصية

ترجمة

د/ فاطمة سلامة عياد

الأهداف التعليمية ...أن تكون قادرًا على:

1- توضيح الملامح الأساسية لكل نوع من الاضطرابات الشخصية، والطرق البديلة للتشخيص وفق الدليل التشخيصي الإصدار الخامس DSM-5.

2- تحديد السمات الرئيسة لكل نوع من اضطرابات الشخصية وفق الدليل التشخيصي الإصدار الخامس DSM-5.

3- وصف عوامل المخاطرة الوراثية والعصبية البيولوجية والاجتماعية، وعوامل المخاطرة الأخرى بالنسبة للاضطرابات الشخصية وفق الدليل التشخيصي الإصدار الخامس DSM-5.

4- وصف طرق العلاج الدوائي والنفسي المتاحة لاضطرابات الشخصية وفق الدليل التشخيصي الإصدار الخامس DSM-5.

حالة سريرية : ماريMary

ماري شابة عزباء، كان عمرها 26 عاما حين دخلت مستشفى الأمراض النفسية لأول مرة، وقد كانت تخضع للمعالجة خارج المستشفى على يد أحد الأطباء النفسيين لشهور عديدة، ولكن تفكيرها المتواصل في جرح وحرق وقتل نفسها جعل طبيبها النفسي يقرر في النهاية إلى أنها تحتاج إلى أكثر من العلاج خارج المستشفى.

كانت أول تجربة لماري مع طبيب نفسي عندما كانت في مرحلة المراهقة، حينما تناقصت درجاتها بشدة في الصف الحادي عشر، مما دفع والديها إلى الشك في أنها تتعاطى المخدرات، كانت تتأخر خارج المنزل، حتى إنها كانت تظل في الخارج طوال الليل، وغالبا ما كانت تهرب من المدرسة. ثم بدأت في تلقي المعالجة الأسرية، ومضت هذه المعالجة بشكل جيد في البداية، فكانت ماري متحمسة للطبيب النفسي المعالج، بل وكانت تسعى إلى جلسات إضافية وخاصة معه.

أثناء الجلسات الخاصة، أفصحت ماري عن أنها قد تناولت العقاقير المخدرة بشكل مفرط، بما في ذلك "أي شيء تطاله يدها". وقد كانت مشتتة واضطرت لممارسة الرذيلة أكثر من مرة للحصول على ثمن المخدرات. أما عن علاقاتها مع أقرانها فأقل ما يقال عن أنها كانت متقلبة، فقد كان هناك أصدقاء جدد يظهرون باستمرار، وكانت ماري تعتقد في البداية أنهم أفضل الأصدقاء، لكنهم ما يلبثون أن يخيبوا ظنها، في الغالب، وتخلوا عنها

بطرق موجعة. إلا شخصا واحدا أعجبت به كثيرا، فلم يكن لماري أصدقاء، وقد قالت إنها ابتعدت عن الآخرين لخوفها من أن يسببوا لها الأذى، بطريقة ما.

وبعد عدة أسابيع من المعالجة الأسرية، لاحظ والدها أن ماري غاضبة من الطبيب المعالج وتعامله بأسلوب سيئ، ثم رفضت ماري الاستمرار في أي جلسات أخرى. وقد علم الأب أثناء حوار لاحق مع الطبيب أن ماري حاولت إغراء الطبيب جنسيا أثناء جلساتهما الخاصة. وأن تغير معاملتها معه إلى الأسوأ جاء ردا على رفضه وتمنعه، بالرغم من محاولته أن يكون أسلوبه في معاملتها يجمع بين الحزم والدفء والتعاطف.

استطاعت ماري أن تتخرج في المدرسة الثانوية، والتحقت بكلية محلية، ولكن سرعان ما عادت الأعراض القديمة إلى الظهور الدرجات المتدنية، والتغيب عن الفصول، والاستمرار في تعاطي المخدرات، وعدم الاهتمام بالدراسة، مما دفعها في النهاية إلى الانقطاع عن الكلية في منتصف الفصل الدراسي الأول من عامها الثاني، وبعد تركها للكلية، عملت ماري في عدة وظائف قليلة الأجر ولا يدوم معظمها لفترة طويلة، وذلك لأن علاقاتها مع زملائها كانت على نفس نهج علاقاتها مع زملائها في المدرسة الثانوية. وكلما التحقت ماري بوظيفة جديدة كانت تجد شخصا تعجب به بشدة، ولكن يقع بينهما ما يعكر صفوهما، فتنتهي العلاقة بصورة مؤسفة. كانت غالبا سيئة الظن ودائمة الشك في زملائها في العمل، وقد قالت بأنها سمعتهم يتآمرون لمنعها من الترقي في وظيفتها. كانت متسرعة في اكتشاف المعاني الخفية في سلوكهم، كما هى الحال عندما كانت آخر شخص يطلب منه توقيع بطاقة تهنئة بعيد ميلاد، فقد فسرت ذلك بأنها أكثر شخصية مكروهة في المكتب. أشارت إلى أنها "تشعر بذبذبات" تصدر من الآخرين، ويمكنها أن تعرف أنهم يكرهونها حقا، حتى إذا لم يكن هناك دليل مباشر على ذلك.

أدى تقلب حالة ماري المزاجية ما بين فترات من الاكتئاب وحدة الطبع إلى سعيها للعلاج عدة مرات، ولكن بعد أن تكون متحمسة في البداية، سرعان ما تسوء علاقاتها مع الطبيب المعالج، مما يؤدي إلى إنهاء العلاج قبل الأوان. وقبل احتجازها في المستشفى، كانت قد تلقت العلاج لدى ستة أطباء.

اضطرابات الشخصية The Personality Disorders: هي عبارة عن مجموعة مختلفة من الاضطرابات تتحدد من خلال المشكلات المتعلقة بثبات الوعي الإيجابي للذات، وتكوين العلاقات المستمرة البناءة. إننا نقوم من حين لآخر وبدرجات متفاوتة بالتصرف والتفكير والشعور أو الإحساس، بطرق تبدو مشابهة لأعراض اضطرابات الشخصية، إلا أن الاضطرابات الشخصية الفعلية يمكن تميزها وتعريفها من خلال طرق يظهر فيها الإفراط الزائد أو التطرف المرضي، ومن خلالها تظهر هذه الصفات. كما أن اضطرابات الشخصية تتسم باستمرارها وتكرارها.

وسوف نبدأ هـذا الفصـل بنظـرة عـلى كيفيـة تصـنيف اضـطرابات الشخصـية وفـق الـدليل التشخيصي DSM وعلى القضايا المتعلقة بالتصنيف، وعلى نظام بديل للتصنيف والذي تم إدراجـه في ملحـق الـدليل التشـخيصي في إصـدارة الخـامس DSM-5. ثـم ننتقـل إلى الدراسـات الطبيـة للاضطرابات الشخصـية ولمناقشـات أسـبابها. وسـوف تختـتم بمناقشـة ودراسـة عـلاج اضـطرابات الشخصية. وسوف تعتمد تغطيتنا في كل جزء على مقدار المعرفة عن اضطراب الشخصـية المحـدد مـع مراعـاة أن هنـاك القليـل مـن الدراسـات الخاصـة باضـطراب الشخصـية المتكلـف المصـطنع histrionic personality disorder، بينما هناك وفرة من الكتابات حـول اضـطرابات الشخصـية المناهض للمجتمع antisocial personality disorder.

تصنيف اضطرابات الشخصية:

هناك جدل محتدم حول أفضل الطـرق لتصـنيف اضـطرابات الشخصـية، وسـنبدأ بإلقـاء نظرة عامة على ما تضمنه المحتوى الرئيس للدليل التشخيصي في إصـداره الخـامس، ثـم ننتقـل إلى تناول المنهج البديل الذي أدرج في الملحق الخـاص بالـدليل التشـخيصي- الإصـدار الخـامس DSM-5.

منهج الدليل التشخيصي- الإصدار الخامس DSM-5:

يعتمد الدليل التشخيصي- الإصدار الخامس DSM-5 تقسيما يضع أنواعا من اضـطرابات الشخصية العشرة ضمن ثلاث مجموعات، ذلك أنه وضع اضطرابات السلوك الفـردي أو الشـاذ ضمن المجموعة أ ، الـدرامي المثير أو العـاطفي أو المنحـرف ضـمن المجموعـة ب ، السـلوك القلق الذي يشوبه الذعر ضمن المجموعة ج . تشكل هذه المجموعات إطـارا تنظيميـا مفيـدا لمناقشاتنا في هذا الفصل. ويوضـح جـدول 15-1 اضـطرابات الشخصـية، ملامحهـا الأساسـية، وتقسيمها إلى مجموعات.

جدول 15-1 السمات الرئيسة لاضطرابات الشخصية حسب DSM-5-TR

المجموعة أ : شاذة غريبة Odd/ Eccentric	
البارانويا paranoid	عدم الثقة والشك في الآخرين.
فصامية schizoid	تجنب العلاقات الاجتماعية، وانخفاض معدل التعبير العاطفي.
شبــه فصاميــة Schizotypal	عدم القدرة على تكوين صداقات حميمة، واضطراب معرفي، والسلوك الشاذ.
المجموعة ب : درامية/ تائهة Dramatic/ erratic	
مناهضـة للمجتمـع Antisocial	عدم مراعاة حقوق الآخرين وانتهاكها.

حدية Borderline	عدم الاستقرار في العلاقات الشخصية، والنظرة إلى الذات،والتهور الواضح.
تكلفية Histrionic	الانفعالية المبالغ فيها، والرغبة في لفت الأنظار.
نرجسية Narcissistic	التكبر، وحب الإعجاب، وقلة التعاطف.
المجموعة ج : قلقة، خائفة anxious/ fearful	
تجنبية Avoidant	عدم التعايش الاجتماعي، الشعور بعدم الكفاءة، والحساسية المفرطة تجاه التقييم السلبي.
تبعية dependant	المبالغة في الاحتياج إلى الاهتمام والسلوك الخاضع المذعن، والخوف من الانفصال.
وسواسية قهرية obsessive-compulsive	الاستغراق في الترتيب، والاكتمال، والتحكم.

قد يصاب كثير من الأشخاص الذين يعانون الاضطرابات النفسية مثل الاضطراب الاكتئابي الرئيس أو اضطراب القلق، باضطرابات الشخصية، وعندما يحدث هذا الترافق يحدد اضطراب الشخصية شكل الأعراض الاكتئابية أو القلقة، فعلى سبيل المثال فالشخص الذي تشخص حالته على أنه مصاب باضطراب القلق وكذا اضطراب الشخصية الوسواسية القهرية ستظهر عليه أعراض القلق تجاه السعي للكمال وطرق بسط سيطرته. ترتبط اضطرابات الشخصية المختلطة بكثير من الأعراض الحادة وتدني الأداء الاجتماعي وسوء المحصلة العلاجية وذلك لأسباب عديدة Clark, 2007 ، ونتيجة لهذا، فإن معالجة اضطرابات الشخصية غالبا ما تصطدم بالظروف المحيطة. راجع جدول 15-2 الذي يوضح معدلات اضطراب الشخصية في بيئة عامة مقارنة بالبيئات العلاجية.

الثبات التشخيصي Diagnostic Reliability:

كان تشخيص الاضطرابات الشخصية قبل الدليل التشخيصي في إصداره الثالث DSM-III غير دقيق بالمرة، فقد كان من الممكن أن يقوم أحد الأطباء بتشخيص حالة مريض يعاني الإعجاب بالذات والزهو على أنه يعاني اضطراب الشخصية النرجسي، بينما قد يقوم طبيب آخر بتشخيص حالة هذا المريض على أنه يعاني اضطراب الشخصية الهستيرية المتكلف. إلا أن الدليل التشخيصي في إصداره الثالث DSM-III اتخذ توجها يهدف إلى الوصول إلى دقة عالية من خلال اتباع معيار تشخيصي محدد لاضطرابات الشخصية، كما فعل مع الاضطرابات الأخرى Coolidge & Segal,1998 . وقد تم أيضا ابتكار مقابلات شخصية مهيكلة لتقييم اضطرابات الشخصية. وقد ساعدت هذه المقابلات أيضا في زيادة دقة التشخيص.

جدول 2-15 معدلات الدليل التشخيصي DMS لاضطرابات الشخصية في المجتمع والبيئات العلاجية

الاضطراب	نسبة الانتشار في المجتمع%	نسبة الانتشار في البيئة العلاجية%	النسبة وفق النوع
العظمة paranoid	1.9	4.2	الإناث< الذكور
فصاميةschizoid	0.6	1.4	الذكور< الإناث
شبه فصامية Schizotypal	0.6	0.6	الذكور = الإناث
مناهضة للمجتمع Antisocial	3.8	3.6	الذكور< الإناث
حدية Borderline	2.7	9.3	الإناث< الذكور
تكلفية Histrionic	0.3	1.0	الإناث< الذكور
نرجسية Narcissistic	1.0	2.3	الذكور< الإناث
تجنبية Avoidant	1.2	14.7	الإناث< الذكور
تبعية dependant	0.3	1.4	الإناث< الذكور
وسواسية - قهرية obsessive-compulsive	1.9	8.7	الإناث< الذكور

يشير جدول 3-15 إلى صدق دراسة عن اضطرابات الشخصية وفق الدليل التشخيصي في الإصدار الرابع والتي أجراها عدد من الخبراء Zanarini, et al, 2000 . على الرغم من أن تشخيصات الكثير من الاضطرابات كانت بالغة أو جيدة الدقة عند استخدام المقابلات المهيكلة، إلا أن اضطراب الشخصية الفصامية لا يزال ضمن معايير الدقة المنخفضة. لعل السبب في هذا هو أن الأطباء السريريين يختلفون فيما بينهم وفق رؤية كل منهم للسلوك من الناحية الباثولوجية. ومما يسترعي الانتباه، هو أن معظم الأطباء السريريين لا يستخدمون أسلوب المقابلات المهيكلة لقياس الشخصية، لذا ففي الواقع نجد أن صدق تشخيصات الشخصية غالبا ما تكون منخفضة نسبيا Heumann& Moreg, 1990 .

جدول 2-15 درجة الصدق لاضطرابات الشخصية

الاضطراب	درجة الصدق
إرتيابية paranoid	0.86
فصاميةschizoid	0.69
شبه فصامية Schizotypal	0.91
مناهضة للمجتمع Antisocial	0.97
حدية Borderline	0.90
تكلفية Histrionic	0.83
نرجسية Narcissistic	0.88
تجنبية Avoidant	0.79
تبعية dependant	0.86
وسواسية - مضطربة obsessive-compulsive	0.85

المصدر: Zanarini et al, 2000

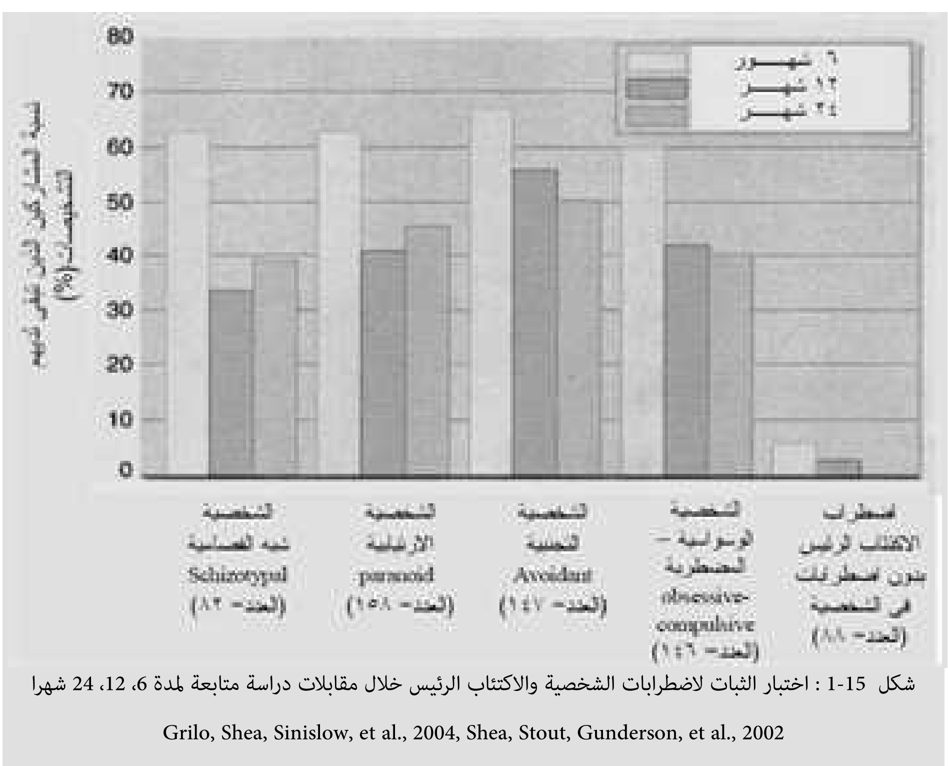
عندما يكون هناك اختلاف حول طريقة تطبيق معايير التشخيص، فيكون هناك مجال للطبيب السريري أن يطبق معياره الشخصي مؤثرا بذلك على قرار التشخيص. لقد لاحظ البعض أن الأطباء السريريين يميلون إلى تقرير أن سلوكا ما يرتبط باثولوجيا بالنساء أكثر من ارتباطه بالرجال. راجع أهم الاكتشافات 15-1 للمزيد حول معايير النوع في تشخيص اضطرابات الشخصية .

ومن بين القضايا المتعلقة بقياس اضطرابات الشخصية، هي إذا ما كان الأشخاص قادرين على وصف شخصياتهم بدقة. عندما تمت مقارنة تقرير المرضى حول أعراض اضطراب الشخصية الذي يظهر عليهم بالتقارير التي قدمها الأهل والأصدقاء عنهم، فإن الاتفاق بين هذه التقارير كان منخفضا Klonsky, Oltmanns, Trukheimer, 2002 . من المثير للاهتمام أن هذه الطريقة ليست السبيل الأمثل كي يتغلب الأشخاص على مشاكلهم، ففي بعض الأحيان يكون المرضى أكثر فظاظة عما جاء بوصف الأهل والأصدقاء، وأحيانا يكونون أقل جفافا عندما يصفون أعراضهم. على كل حال، فإن النظر إلى اضطرابات الشخصية من أكثر من زاوية هو أمر مهم. كما أن مقابلة الأشخاص الذين يعرفون المريض معرفة جيدة يحسن من صدق التشخيصات Bernstein et al., 1997 . إن ما يقل عن 10 بالمئة من الدراسات المنشورة حول اضطرابات الشخصية هي التي اعتمدت على جمع معلومات من أشخاص آخرين بخلاف المريض الذي تشخص حالته Bornstein, 2003 ، ورغما عن ذلك فإن المعايير التشخيصية غالبا ما ترى أن المصابين باضطرابات الشخصية يميلون إلى رؤية أنفسهم بطرق منحرفة Thomas, Turkheimer, Oltmanns, 2003 .

بالرغم من أن التعريف الواضح لاضطرابات الشخصية يشير إلى وجوب ثباتها بمرور الوقت، فإن شكل 15-1 يوضح أن نصف الأشخاص الذين تم تشخيص حالاتهم على أنها اضطرابات في الشخصية لا تظهر عليهم ذات التشخيصات عند مرحلة معينة، وذلك عند مقابلتهم بعد عامين McGlashan, Grilo, Sanislow, et al., 2005 . تشير هذه النتائج إلى أن كثيرا من اضطرابات الشخصية قد لا تكون مزمنة كما أشار الدليل التشخيصي.

وعلى الرغم من ذلك فإن اضطرابات الشخصية ليس لها ثبات تشخيصي عال، فهناك العديد من المسائل التي لا بد من النظر إليها بعين الاعتبار. أولا، أن كثيرا من الأشخاص الذين شملتهم الدراسة تبقى لديهم أعراض حتى خلال المقابلة الثانية ولكنها أقل من الحد المطلوب للتشخيص. ثانيا، حتى إذا لم تنطبق على هؤلاء الأشخاص المعايير التشخيصية لاضطراب الشخصية كاملة، فربما يكون هناك تأثير مستمر على الأداء الوظيفي لهم، ففي إحدى الدراسات تمت مقابلة أشخاص ممن يعانون ولا يعانون اضطرابات الشخصية بعد 15عاما في دراسة متابعة لحالاتهم، وكان المعيار التشخيصي الرئيس مؤشرا مهماً لحدوث انخفاض في الأداء الوظيفي بعد 15 عاما Hong et al., 2005 .

وبإيجاز، فإن هناك العديد من المسائل التي ينبغي مراعاتها عند الحصول على نتائج موثوقة عند تقييم الشخصية. يمكن للمقابلات المهيكلة ومصادر المعلومات المتنوعة أن تسهم في رفع هذه الموثوقية، إلا أن مصدر القلق الرئيس هو أن هذه التشخيصات لا تتسم بالثبات. لقد ذكرنا ما أشارت إليه "لي أنا كلارك" Lee Anna Clark 2007 من أن عامة الناس يعرفون أن فهم الشخصية يقتضي جمع معلومات عن مواقف متعددة على مدار الوقت، ومن وجهات نظر مختلفة. لذا فلا نعجب من أن الحصول على تقييمات عالية الجودة لاضطرابات الشخصية قد يتطلب إجراء تقييمات دقيقة من مصادر مختلفة للمعلومات عند فترات زمنية محددة.



شكل 15-1 : اختبار الثبات لاضطرابات الشخصية والاكتئاب الرئيس خلال مقابلات دراسة متابعة لمدة 6، 12، 24 شهرا

Grilo, Shea, Sinislow, et al., 2004, Shea, Stout, Gunderson, et al., 2002

الاعتلال المشترك Comorbidity:

تكمن المشكلة الرئيسة في تصنيف اضطرابات الشخصية في تزامنها المرضي مع بعضها البعض، وتوضح الحالة السريرية "ماري" هذه المشكلة. فبالنسبة لماري فقد توافرت فيها المعايير التشخيصية ليس فقط الخاصة باضطراب الشخصية المحايد borderline personality disorder، ولكن أيضا، لاضطراب الشخصية البارانويا

paranoid personality disorder. إن ما يزيد على 50% من الناس الذين يظهر التشخيص أنهم يعانون اضطراباً في الشخصية تتوافر فيهم المعايير التشخيصية لاضطراب الآخر في الشخصية Lenzenweger, et al. 2007 ، وتعتبر هذه الحقائق غير مشجعة، عندما نقوم بتفسير البحث الذي يقارن الأشخاص الذين يعانون نوعاً محدداً من الاكتئاب بآخرين أو بمجموعة أخرى منضبطة. فعلى سبيل المثال، لو أننا وجدنا أن الأشخاص الذين يعانون اضطراب الشخصية البينية أو الحدية مختلفين عن الأشخاص الطبيعيين، فهل النتيجة التي نتوصل إليها تعتبر قاصرة على اضطراب الشخصية البينية أو الحدية أم أنها مرتبطة ومتعلقة باضطرابات الشخصية بشكل عام؟

وبإيجاز فربما لا يكون نظام الدليل التشخيصي DSM النظام المثالي في تصنيف اضطرابات الشخصية، وذلك لأسباب كثيرة منها عدم أو الافتقار إلى ثبات الاختبار وإعادة الاختبار، والميل إلى التمييز لنوع معين. سواء الذكر أم الأنثى، وأيضا المعدلات العالية من التزامن المرضي Comoradability، وقد دفعت هذه الأسباب لجنة الشخصية واضطرابات الشخصية في الدليل التشخيصي الإصدار الخامس إلى التوصية بمراجعة هذا النظام من أساسه وإيجاد منهج يضبط هذا النظام لاحقا.

أهم الاكتشافات 15-1

النوع والاضطرابات الشخصية Gender and Personality Disorder:

يتباين انتشار العديد من الاضطرابات الشخصية بشكل كبير حسب النوع انظر جدول رقم 15-2 فعلى سبيل المثال تعتبر المرأة أكثر عرضة من الرجل للتشخيص بالاضطرابات المحايدة، والهستيرية، في حين أن الرجل يعتبر أكثر عرضة من المرأة للتشخيص بأنواع معينة من الاضطرابات مثل اضطرابات الشخصية المناهضة للمجتمع، والاضطرابات النرجسية.

قبل نشر الدليل التشخيصي الإصدار الرابع DSM-IV، أشار بعض الباحثين إلى أن بعض المعايير التشخيصية لاضطرابات الشخصية تعتبر منحازة بحيث تجعل سلوكيات المرأة سلوكيات مرضية Kaplan, 1983 ، فعلى سبيل المثال يتضمن اضطراب الشخصية الهستيرية معيارا للتقلب العاطفي، وذلك بالتركيز على المظهر الجسماني، والإغراء الجنسي، فهل تعتبر هذه السمات بارزة بشكل أكبر وبالتالي أكثر شيوعا بين النساء؟ وكرد على هذه الأنواع من الانتقادات، فإن واضعي الدليل التشخيصي الخامس أعادوا صياغة هذه المعايير لجعلها أكثر حيادا من ناحية النوع. فعلى سبيل المثال، قد تم تغيير المعيار المتعلق بالتركيز على المظهر الجسماني، وتعديله لتتم قراءته على النحو: "يقوم باستمرار باستخدام المظهر الجسماني لجذب الانتباه إلى الذات" ويتضمن النص في صورته الحالية وصفا للطرق التي قد يظهر فيها الرجال سلوكيات رجولية تناسب هذا المعيار Hartung & Widiger, 1998 .

بـالرغم مـن هـذه التغـيرات عـلى المعـايير، إلا أن البحـث قـد افـترض أن الأطبـاء مـازالوا منحازين من خلال الأشكال النمطية النوعيـة التـي توجـد في أسـلوب تشخيصـهم لاضـطرابات الشخصية. فعلى سبيل المثال، قد يركز الأطباء على السـلوكيات المختلفـة، مـن خـلال الاعـتماد على ما إذا كانت هذه السلوكيات تخص الرجال أم المرأة من الناحية التشخيصية.

وفي اختبار نموذجي لهذه القضية، يتم كتابـة نبـذتين قصـيرتين مختلفـين تضـم الأشـخاص المصابين باضطرابات في الشخصية. وهاتان النسختان متطابقتان إلا أنه في إحـدى النسـخ تمـت الإشارة إليه باسم "جوان Joan" بينما تمـت تسـميته في النبـذة الأخـرى "جـون" John. ويقـرأ الأطباء الفقرتين ويقدمون التشخيص الأكثر قربا واحـتمالا. ويكـون مـن المـرجح في مثـل هـذه النوعية من الدراسات أن يكون الأطباء أكثر ميلا لتشخيص الشخص على أنه يعـاني اضـطرابا في الشخصية من النوع الهستيرى المتكلف، إذا كانت الفقـرة تتحـدث عـن امـرأة، وعـلى الأرجـح يصفون تشخيصا لإنسان على أنه يعاني اضـطراب شخصـية مـن النـوع المنـاهض للمجتمـع إذا كانت الفقرة تتحدث عن رجل. Garb, 1997 . وتوضح هذه النتائج مدى الأهمية التي يمثلها وعي الأطباء بهذه المعايير.

المعايير البديلة لاضطراب الشخصية بالدليل التشخيصي- الإصدار الخامس DMS-5:

اهتمامـا بالعديـد مـن القضـايا المرتبطـة بالتوجـه التشـخيصي التقليـدي لاضـطرابات الشخصية، فإن لجنة اضطرابات الشخصية بالـدليل التشـخيصي- الإصـدار الخـامس قـد أولـت لذلك عناية خاصة. لذا فقد جاءت توصيته بتقليل عدد اضـطرابات الشخصـية وأبعـاد نوبـات الإصابة وتشخيص اضطرابات الشخصية وفق أعلى درجات القياس المتعلقة بأبعـاد الشخصـية، وقـد قـرر مجلـس أمنـاء الجمعيـة الأمريكيـة للطـب الـنفسي APA الإبقـاء عـلى تصـنيفات اضطرابات الشخصية الواردة في الإصدار الرابع، ولكن مع إضافة منهج بديل في الملحق الخـاص بالإصدار الخامس. على الرغم من اختلاف المنهج البديل المذكور في النص الأصلي الـذي تعتمـد عليه الممارسة السريرية، فإننا نرى أنه من الأفضل النظر في الميزات التي يتضـمنها هـذا المـنهج البديل.

فكما يتضح لنا من جدول 15-1 فإن النموذج البديل لاضطرابات الشخصـية في الإصـدار الخامس يضمن ستة فقط مـن بـين عشرة اضـطرابات مـن اضـطرابات الشخصـية التـي وردت بالـدليل التشـخيصي- الإصـدار الخـامس، فهنـاك ثلاثـة اضـطرابات ينـدر حـدوثها اضـطراب الشخصية الفصامي، التكلفي، والتبعي وقد تم اسـتثناؤها مـن النظـام البـديل. أمـا اضـطراب الشخصية الارتيابي فيتكرر حدوثه مع اضطرابات الشخصية الأخرى ويتزامن مع حدوثها.، فقـد تم استثناؤه أيضا من النظام البديل، وكما يتضح لنا مـن جـدول 15-3 فـإن معـدل الموثوقيـة يعد دقيقا بالنسبة للاضطرابات الستة التي تضمنها النظام البديل.

جدول 15-4 الأنماط الخمسة الرئيسة للشخصية و25 علامة مميزة لها وفق الدليل التشخيصي- الإصدار الخامس

	1 التأثر السلبي مقابل الثبات العاطفي	
*	القلق	أشعر بالقلق البالغ حيال أشياء مريعة قد تحدث.
*	عدم الاستقرار العاطفي	لا أعرف أبدا ما قد تتحول إليه مشاعري من حين لآخر
*	العدائية	أنا عنيف وأتصدى لأي شخص يستحق ذلك.
*	المداومة	أصبح متمسكاً بشيء ما ولا أستطيع التوقف عن ذلك.
*	التخوف من الانفصال	أشعر بالهلع من أصبح بدون شخص يحبني.
*	الخضوع	أقوم بما يخبرني به الآخرون
	2 الانعزال مقابل الانبساط	
*	انعدام التلذذ	غالبا لا أستمتع بالحياة
*	الكآبة	يبدو المستقبل بلا أمل
*	تجنب العلاقات الحميمية	أتخوف من العلاقات الرومانسية
*	التشكك	هناك الكثيرون يحاولون الايقاع بي
*	الانسحاب	لا أود إمضاء كثير من الوقت مع الآخرين
*	التأثر المحدود	لا أتفاعل مع الأمور التي قد تثير مشاعر الآخرين
	3 الخصومة مقابل التوافق	
*	السعي للفت الانتباه	أقوم بأمور كي أتيقن من انتباه الناس لي
*	تحجر المشاعر	لا أهتم بمشاكل الآخرين
*	الغش	لا أتردد في الغش إذا ما كان هذا في صالحي
*	هوس العظمة	بصدق.. إنني أهم من الآخرين
*	التلاعب	من السهل لدي أن أتلاعب بالآخرين
	4 عدم التعايش مقابل الوعي	
*	الشرود	لا أستطيع التركيز في أي شيء.
*	الاندفاعية	دائما أقوم بأمور وليدة اللحظة
*	انعدام المسؤولية	أقطع وعودا لا أنوي تحقيقها.
*	انعدام المثالية المتصلبة	إذا لم يكن ما أقوم به مثاليا تماما، فلن أقبل به
*	الإقدام على المخاطرة	لا حدود عندي عندما يتعلق الأمر بالقيام بأمور خطرة.
	5 الذهانية	
*	غرابة الأطوار	يرى البعض أن سلوكي غريب
*	اضطراب الإدراك المعرفي	أرى الأشياء من حولي حقيقة أكثر أو أقل من المعتاد
*	معتقدات وتجارب غير معتادة	في بعض الأحيان يمكنني أن أؤثر في الآخرين من خلال إرسال أفكاري إليهم.

كذلك فإن النموذج البديل في الإصدار الخامس يتضمن السمات الشخصية. يتضمن هذا النظام نمطين من القياسات البعدية: 5 معايير أساسية للسمات الشخصية، 25 سمة شخصية مميزة، وذلك وفق ما هو موضح بجدول 15-4 . إن هذه السمات والعلامات الرئيسة ترتبط بصورة مباشرة بالتأثير على نمط الشخصية وفق ما يسمى بالنموذج خماسي العوامل McCare, Costa, 1990 . ويمكن تقسيم كل معيار رئيس على درجات تبدأ من الصفر قليل منها الذي يصل إلى هذه الدرجة، ولا يتم وصفه كلية إلى الدرجة 3 أقصى الدرجات الوصفية . يمكن استخدام نموذج تقرير الذات لقياس هذه المعايير Krueger, Eton, Derringer, et al.,2011 .

تستخدم درجات القياس القصوى لهذه المعايير لتمييز الأشخاص الذين يعانون اضطرابات الشخصية عن غيرهم من عامة الناس Clark, Livesley, 2002, Samuel, Widger, 2008 ، وفي النموذج البديل الذي تضمنه الإصدار الخامس، فإن كل اضطراب قد تم تعريفه من خلال استخدام عدد من السمات والعلامات بالإضافة إلى المعايير التي سنوضحها لاحقا. فعلى سبيل المثال، فقد تم تحديد اضطراب الشخصية الوسواسي القهري من خلال أعلى درجات النزعة المثالية، بالاضافة إلى اثنتين أو ثلاث من الميزات الرئيسة مثل التحفظ، وعدم الألفة والفاعلية المحدودة. كذلك يمكن الاستعانة بالسمات المميزة عندما يتعلق الأمر بالتخطيط للمعالجة حتى وإن كان اضطراب الشخصية غير حاد إلى الدرجة التي تستدعي الإقرار بتشخيصه كاضطراب للشخصية.

إن الاعتماد على السمات المميزة أمر له العديد من الفوائد، ومن أهمها ما يلي:

- يتباين أولئك الذين قد يظهر عليهم اضطراب الشخصية فيما بينهم إلى حد كبير وفقا لطبيعة سماتهم الشخصية ودرجة حدة إصابتهم، وباستخدام نظام السمات الشخصية يمكن للأطباء السريريين أن يحددوا سمات الشخصية للمريض بصورة أفضل، وتوفر القياسات البعدية تفاصيلا أكثر مما توفره تشخيصات اضطراب الشخصية.
- تميل معدلات ثبات السمات الشخصية إلى الثبات بمرور الوقت أكثر من تشخيص اضطراب الشخصية McGlashan, Grilo, Sanislow, et al., 2005 .
- ترتبط أبعاد سمات الشخصية بالعديد من جوانب الضبط النفسي وحتى النواتج الجسدية، فعلى

المعايير البديلة لاضطراب الشخصية بالدليل التشخيصي- الإصدار الخامس DMS-5:
* الإضرار البالغ بالذات والأداء الاجتماعي.
* وجود عرض مرضي واحد على الأقل متعلق بالشخصية.
* خلل بالشخصية مستمر وسائد.
* اضطرابات بالشخصية لا يمكن تفسيرها وفق تطورها ولا وفق البيئة الاجتماعية الثقافية أو تعاطي العقاقير أو أي سبب نفسي آخر أو لسبب دوائي.

سبيل المثال، فإن العديد من الاضطرابات النفسية مثل القلق والاكتئاب واضطراب الأعراض الجسدية يمكن أن ترتبط بزيادة السمات الشخصية مثل الفاعلية السلبية Kotov, Gamez, Schmidit, et al, 2010, Ozer & Benet, Martiniz, 2006, Robert, Kuncel, Shiner, et al., 2007 . كما أن السمات الشخصية ساعدت الدليل التشخيصي ووفرت المزيد من الدراسات حول الشخصية.

ورغما عن قوة البدائل التي طرحها الدليل التشخيصي في إصداره الخامس من خلال النموذج الخاص باضطرابات الشخصية، إلا أننا نركز على المنهج المتعلق باضطرابات الشخصية الذي يتضمنه النص الأساسي من الإصدار الخامس. أما الجدل المثار حول أفضل طرق تصنيف اضطرابات الشخصية لا ينبغي له أن يدفعنا للتقليل من أهمية تحديد هذه الطرق. إن اضطرابات الشخصية منتشرة وشائعة، وتسبب أضرارا بالغة، وسنتناول الآن الوصف السريري وأسباب اضطرابات الشخصية في المجموعات أ ، ب ، ج .

نبذة سريعة:

يتم تعريف اضطرابات الشخصية بأنها الطرق السائدة وطويلة الأجل من الوجود الذي يتسبب في الضغط وإلحاق الضرر من خلال تأثيرها على الوعي والعواطف، والعلاقات والتحكم في الانفعالات. ويشترك معظم الناس المصابين باضطراب في الشخصية، في تعرضهم لظروف الحالة المرضية اضطرابات اكتئابية واضطرابات القلق إضافة إلى اضطرابات الشخصية الأخرى، ووفق معيار الدليل التشخيصي DSM يتم تصنيف اضطرابات الشخصية إلى ثلاث مجموعات، بما يعكس فكرة أن هذه الاضطرابات تتميز بالسلوك الغريب/ الشاذ المجموعة أ ، أو السلوك المسرحي المثير العاطفي أو الشارد المنحرف المجموعة ب ، أو السلوك الذي يتسم بالقلق والرعب المجموعة ج .

وقد طرح الدليل التشخيصي في إصداره الخامس تصنيفا بديلا يضم ستة أنماط لاضطرابات الشخصية، ويتضمن النموذج البديل أيضا نظاما ذا أبعاد لتقييم أنماط الشخصية ويكون أكثر تحديدا في تمييز كل نمط، وقد تم إدراج هذا النموذج البديل في ملحق الدليل التشخيصي- الإصدار الخامس.

المجموعة الشاذة/ الغريبة Odd/ Eccentric Duster

تتضمن مجموعة اضطرابات الشخصية في المجموعة الشاذة/ الغريبة اضطراب الشخصية البارانويا والاضطراب الفصامي، وذا الطابع الفصامي، وتحمل أعراض هذه

الاضطرابات الثلاثة كثيرا من الشبه مع أنماط اضطراب التفكير والأعراض التي قد نشهدها في اضطراب الفصام، إلا أنه في هذه المجموعة لا تكون هذه الأعراض بذات الحدة التي هي عليها عند الإصابة بالفصام.

اضطراب الشخصية البارانويا paranoid :

يسيء الأشخاص المصابون باضطراب الشخصية البارانويا الظن بالآخرين، ويؤثر سوء الظن هذا على علاقتهم بالأسرة والزملاء والمعارف العامة. فهم يتوقعون أن تتم إساءة معاملتهم واستغلالهم ولذلك فإنهم يتسمون بالكتمان ويتربصون دائما وباستمرار لعلامات الخداع وإساءة المعاملة. وهم دائما أو في أغلب الأحيان يتسمون بالعدائية ورد الفعل الغاضب تجاه الإهانات المتوهمة، وربما يقرأون رسائل تهديد خفية داخل أو في خضم الأحداث.

معيار الدليل التشخيصي DSM-5 لاضطراب الشخصية البارانويا:

وجود أربع أو أكثر من علامات عدم الثقة والشك

خلال فترة البلوغ المبكرة وأن تظهر في أحد الأشكال التالية:

* الظن غير المبرر بالتعرض للأذى، أو الاحتيال أو الاستغلال.
* الشكوك غير الثابتة في ولاء الأصدقاء والزملاء وإخلاصهم وجدارتهم بالثقة.
* عدم الثقة في الآخرين والشك فيهم.
* الميل إلى قراءة معان خفية في تصرفات الآخرين العادية.
* حمل الضعينة بدون داع.
* ردود فعل غاضبة تجاه هجمات متوهمة على الشخصية أو السمعة.
* شك غير ثابت في إخلاص الشريك.

يختلف هذا الاضطراب عن الفصام الارتيابي Paranoid schizophrenia، وذلك لأن الأعراض الأخرى للفصام غير موجودة في هذا الاضطراب مثل الهلاوس، كما أنه أقل أضرارا من ناحية الأداء الاجتماعي والمهني. إضافة إلى عدم وجود فقدان التنظيم المعرفي الذي يتميز به الفصام، وهو أيضا يختلف عن الاضطراب الوهمي، لأن الأوهام في صورتها الكاملة تعتبر غير موجودة فيه، فالاضطرابات البارانويا في الشخصية يترافق حدوثها غالبا مع أنواع أخرى من اضطراب الشخصية وهي الاضطراب ذو الطابع الفصامي، والاضطراب المحايد، والاضطراب الاجتنابي أو التجنبي.

اضطراب الشخصية الفصامي Shizoid Personality Disorder:

الأشخاص المصابون باضطراب الشخصية الفصامي مثل حالة جو Joe انظر الحالة السريرية لا يرغبون ولا يستمتعون بعلاقات اجتماعية، وعادة لا يكون لهم أصدقاء مقربون، ويتسم مظهرهم بالغباء ويكونون مملين يميلون إلى العزلة، وليست لديهم أقل المشاعر الدافئة والرقيقة تجاه الآخرين، ونادرا ما يجربون المشاعر أو العواطف

القوية الجياشة، ولا يستمتعون بممارسة الجنس، ولا يقومون إلا بالقليل من الأنشطة التي تبعث على السرور، ولا يبالون بالإطراء أو الانتقاد أو آراء الآخرين، وهم وحيدون يهتمون بالأمور التي تغلب عليها العزلة والانفرادية. ويعتبر الاعتلال المشترك في أعلى درجاته مع اضطراب الشخصية ذي النمط الفصامي Schizotypal واضطراب الشخصية التجنبيAvoidant والاضطراب البارانويدي paranoid، ويرجع ذلك على الأرجح إلى تشابه المعايير التشخيصية لتلك الأنواع الأربعة من الاضطرابات - راجع جدول المعايير التشخيصية للإصدار الخامس .

معيار الدليل التشخيصي DSM-5 لاضطراب الشخصية الفصامي:
وجود أربعة أو أكثر من علامات الانفصال في العلاقات الشخصية والمشاعر المكبوحة خلال فترة البلوغ المبكرة وأن تظهر في أحد الأشكال التالية:
* عدم وجود رغبة في العلاقات الحميمة أو الاستمتاع بها.
* إيثار العزلة بصورة دائمة تقريبا.
* قلة الاهتمام بممارسة الجنس مع الآخرين.
* قلة أو عدم الشعور بالسرور.
* عدم وجود أصدقاء.
* عدم الاكتراث تجاه مديح أو نقد موجه من الآخرين.
* التأثر الفاتر والانفصال العاطفي.

حالة سريرية "جو Joe":

"جو" البالغ من العمر 53 عاما واحد من المحاربين الفيتناميين القدامى، وهو رجل غير متزوج، وقد حوله الممارس العام إلى المعالجة، وقد كان هذا الطبيب الممارس العام مهتما بانعزال "جو" عن الحياة. وقد وافق "جو" على مضض أن يعرض نفسه على معالج نفسي. بقي "جو" لعدة أعوام عاطلا عن العمل يعيش على معاش ضئيل تمنحه له إدارة المحاربين القدامى، وقال بأنه لا يسعد بتسوق وشراء البقالة لأنه لا يحب وجود أي أشخاص آخرين من حوله. غير أن صاحبة البيت الذي كان يقيم فيه أصرت على تعريفه على إحدى السيدات، وذلك رغما عما أبداه من عدم الاهتمام بأي واحدة من السيدات العشر اللائي أرغمته صاحبة البيت على مقابلتهن، فقد صرح بأنه لم يرغب أبدا في الحديث معهن، وأثناء العلاج كان صامتا في أغلب الأحيان لفترات طويلة، وقد تحدث عن شعوره بأن اتصاله بالحياة قليل للغاية، وأنه لا يشعر إلا بالقليل من العاطفة باستثناء بعض الإثارة اللطيفة المعتدلة. لقد كان في حقيقة الأمر عاجزا عن تحديد أي شخص أو نشاط يبعث في نفسه شعورا بالسعادة. وبعد مضي ستة أسابيع من العلاج، أعلن "جو" أنه لا يعتقد بأنه سيكون في يوم من الأيام ذلك الشخص الذي يشعر بأية بهجة من وراء الحديث عن الأشياء وأنه قد اتخذ قرارا بإنفاق كل مدخراته المتبقية في شراء كوخ صغير في مكان ناء في مدينة "ماين"، وبدا أنه مصمم على قراره، مصرحا بأنه من خلال العيش هناك سيتمكن من تجنب التفاعلات مع البشر، ثم انتقل راحلا في الأسبوع التالي.

اضطراب الشخصية ذو الطابع الفصامي Schizotypal Personality Disorder:

معيار الدليل التشخيصي DSM-5 لاضطراب الشخصية ذي النمط الفصامي:
وجود خمسة أو أكثر من هذه العلامات خلال فترة البلوغ المبكرة وأن تظهر في أحد الأشكال التالية:
* الأفكار المرجعية.
* المعتقدات الغريبة أو التفكير الخيالي، مثل الإيمان بشيء خارج نطاق الإدراك الحسي.
* التصورات غير العادية مثل المشاعر المنحرفة تجاه جسد شخص ما.
* نماذج وصيغ غريبة في التفكير والحديث.
* شك وجنون ارتياب.
* التأثر غير المناسب أو المحدود.
* السلوك الشاذ والمظهر الغريب.
* ندرة الأصدقاء الحميمين.
* القلق بشأن الأشخاص الآخرين رغم انهم عاديين.

يتميز اضطراب الشخصية ذو الطابع الفصامي من خلال الأفكار والسلوكيات غير المعتادة والغريبة، والانفصالات البينية في الشخصية والشكوك، وربما يؤمن المصابون بهذا النوع من الاضطراب بمعتقدات غريبة، أو تفكير سحري أو مرتبط بالشعوذة، على سبيل المثال، الاعتقاد بأنهم يطلعون على الغيب أو يقرأون ما في عقول الآخرين.ومن الشائع بين هؤلاء الأشخاص أيضا وجود أفكار لديهم عبارة عن أفكار مرجعية وهي الاعتقاد بأن الأحداث لها معنى خاص وغير عادي بالنسبة لهم شخصيا ، ومن الشائع أيضا أنهم يظهرون الشك والتصور سيىء الظن وربما يكون لديهم أيضا خدع مرتدة أو معاكسة ملاحظات حسية غير دقيقة مثل الشعور بغياب قوة أو شخص ما ليس موجودا هناك بالفعل. وقد يستخدمون في حديثهم كلمات بصياغة غير معتادة وغير واضحة - على سبيل المثال، قد يقولون ذات مرة "إنه لا يعد شخصيا قادرا على الحديث بشكل متواصل" "Not Avery Talkable Person" وذلك في إشارة إلى الشخص الذي لا يعد من السهل الحديث معه. وقد يكون مظهرهم وسلوكهم غريبا أيضا - فمثلا قد يتحدثون إلى أنفسهم، أو يقومون بارتداء ملابس قذرة ومهلهلة غير مرتبة أو مهندمة. ويبدو تأثيرهم ضيقا تافها، وهناك دراسة حول الأهمية النسبية لهذه الأعراض بالنسبة للتشخيص وقد وجدت أن التصور سيىء الظن، والأفكار المرجعية، والأوهام أكثر تفصيلا في هذا الخصوص Widiger, Frances & Trull, 1987 .

ورغم أن الحالة لا تتطور إلى الإصابة بالفصام، إلا أن المصابين باضطراب الشخصية ذي النمط الفصامي، منعزلون اجتماعيا، وهم في ذلك مثل الأشخاص ذوي الشخصية الفصامية غير أنهم يظهرون أعراضا أخرى أكثر غرابة، والتي تكون صورة من أعراض الفصام Raine, 2006 ، وعادة ما ينطبق على الأشخاص المصابين باضطراب الشخصية ذي النمط الفصامي معايير اضطراب الشخصية الاجتنابية، ولعل السبب في هذا هو أنه يشتمل على الانفصال الشخصي McGlashan, Grilo, Skodol, et al., 2000 .

أسباب اضطرابات الشخصية في المجموعة الشاذة/ الغريبة:

ما الذي يؤدي إلى التفكير الشاذ، والسلوك الغريب، والمشاكل الشخصية الداخلية التي تظهر في هذه المجموعة من الاضطرابات؟ وتبدو الاضطرابات التي تتضمنها المجموعة أ مرتبطة بالوراثة إلى حد بعيد Kendler et al., 2007, Torgersen et al.,2000 . علاوة على ذلك فإن الباحثين لا يعرفون الكثير عن أسباب اضطراب الشخصية البارانويا أو أسباب اضطراب الشخصية الفصامي، فمثلما يمكنك أن تتخيل أن الناس المصابين بهذه الاضطرابات من المؤكد أنهم كذا يكونون محبذين أو مهتمين باستكمال مقابلات البحث المطول.

إننا نعرف الكثير عن أسباب اضطراب الشخصية ذي النمط الفصامي، ويبدو أن اضطراب الشخصية ذا الطابع الفصامي مرتبط بالقابلية للتعرض للإصابة العصبية البيولوجية بالفصام Siever & Davis, 2004 ، أظهرت دراسات الأسرة أن أقارب الشخص المريض بالفصام يكونون أكثر عرضة لخطر الإصابة باضطراب الشخصية ذي الطابع الفصامي Nigg& Goldsmith, 1994, Tienari, Wynne, Laksy et al 2003 . كما أوضحت الدراسات أيضا أن الأشخاص المصابين باضطراب الشخصية ذي الطابع الفصامي لديهم مشاكل أيضا في الأداء الوظيفي المعرفي والعصبي النفسي، وتعتبر هذه العيوب مشابهة للعيوب التي تظهر في حالة الفصام ولكنها أقل حدة McClure, Barch, Flory et al., 2008, Raine, 2006 ، وبالإضافة إلى ذلك، وفي نتائج أخرى متفقة أظهرتها الأبحاث، فإن الأشخاص المصابين باضطراب الشخصية ذي النمط الفصامي لديهم تجاويف دماغية واسعة، ولديهم فص صدغي أو مادة دماغية أقل Dickey, McCalery & Shenton, 2002 .

وعلى الرغم من هذا التقارب الكبير مع اضطراب الفصام، إلا أن بعض الأشخاص المصابين باضطراب الشخصية شبه الفصامي ليس لديهم تاريخ أسري في الإصابة بالفصام، وهذه المجموعات الفرعية غالبا ما تظهر عند مواجهة الصدمات أو النوائب Raine, 2006 .

المجموعة المسرحية/ الشاردة Dramatic/ Erratic Cluster

إن اضطرابات الشخصية في المجموعة المسرحية/ الشاردة، وهي اضطراب الشخصية البينية أو الحدية، واضطراب الشخصية الهستيرية، واضطراب الشخصية النرجسي، واضطراب الشخصية المناهض للمجتمع، وهذه الأنواع من الاضطرابات تتميز بالأعراض التي تتراوح بين السلوك المضطرب والفوضوي بدرجة كبيرة أو المشتت، إلى تضخم الإحساس وتقدير الذات، والمشاعر العاطفية المبالغ فيها، والسلوك الخارق للقواعد.

وبصفة عامة، هناك الكثير مما تم معرفته عن أسباب اضطرابات الشخصية في المجموعة المسرحية/ الشاردة أكثر مما تم معرفته عن باقي المجموعتين الأخريين.

اضطراب الشخصية المناهض للمجتمع، والمرض النفسي:

غالبا ما يتم استخدام مصطلحات مثل اضطراب الشخصية المناهض للمجتمع، والمرض النفسي المناهض للمجتمع أحيانا يتم الإشارة بهما إلى المرض الاجتماعي Sociopathy يتم استخدامهما بشكل متبادل. فالسلوك المناهض للمجتمع، مثل انتهاك القوانين يعتبر عنصرا مهماً في كلا المفهومين، غير أن هناك اختلافات مهمة بين نوعي الاضطراب، أحد هذه الاختلافات هو أن اضطراب الشخصية المناهض للمجتمع يشمله معيار الدليل التشخيصي DSM في حين أن المرض النفسي لم يشمله هذا المعيار. وفي الجزء التالي سوف نقوم بمراجعة تعريفات كل من النوعين من الاضطراب والتي تعتبر تفسيراتهما مرتبطة ارتباطا وثيقا، وبعد ذلك سوف نقوم بمناقشة بحث حول أسباب هذه الأعراض.

اضطراب الشخصية المناهض للمجتمعAntisocial Personality Disorder - الوصف السريري:

يتضمن اضطراب الشخصية المناهض للمجتمع APD إنكارا لحقوق الآخرين في المجتمع، فالشخص المصاب باضطراب الشخصية المناهض للمجتمع يتسم بالعدوانية، والتقلب، والتهور، ويحدد الدليل التشخيصي في إصداره الخامس وجود أعراض اضطراب السلوك Conduct disorders. وخلال بدايات فترة المراهقة تظهر على المصابين باضطراب الشخصية المناهض للمجتمع APD أعراض مثل التغيب، والهروب من المنزل، والكذب المتكرر، والسرقة، والشغب، والتدمير المنظم للملكية، فالأشخاص المصابون باضطراب APD تظهر بهم عدم القدرة على تحمل المسئولية والسلوك المناهض للمجتمع من خلال عدم المواظبة على العمل. وانتهاك القوانين، والقابلية للاستفزاز والاعتداء البدني، والتأخر عن سداد

معيار الدليل التشخيصي DSM-5 لاضطراب الشخصية المناهض للمجتمع:

* لا يقل السن عن 18 عاما.
* وجود دليل على اضطراب السلوك قبل سن 15 عاما..
* أن يكون النموذج السائد من تجاهل حقوق الآخرين منذ عمر 15 عاما، وتوافر ثلاثة على الأقل من العوامل التالية:

1. انتهاك القانون بشكل متكرر.
2. كثرة الخداع والكذب.
3. التهور.
4. عدم الاستقرار والعدوانية.
5. الاستخفاف بالسلامة الذاتية وحماية الآخرين وسلامتهم.
6. عدم تحمل المسئولية، كالموظف الذي لا يعتمد عليه على مدى حياته، أو لديه تاريخ من المشاكل المالية.
7. عدم الإحساس بالندم.

الديون، والغش والتهور أو الانـدفاع، وعـدم الاهـتمام بـالتخطيط للمسـتقبل، وهـم يظهـرون اهتماما قليلا بالحقيقة ولا يشعرون بالندم على ما اقترفوه.

تكون معدلات الإصابة باضطراب APD أكثر ارتفاعا عند الرجال مقارنة بالنسـاء، كـما أن المعدلات تصبح أكثر ارتفاعا أيضا بين البالغين الصغار أكـثر مـن البـالغين الكبـار، ويبـدو بعـض الناس أنه قد نضج وكبر في السن بدون أن يصاب أو تظهر عليه الأعراض. وقـد جـاء في إحـدى الدراسات، أن الأشخاص الذين تم احتجازهم من قبل في المستشفى قد تم متابعتهم على مدار فترة تراوحت ما بين 16 -45 عاما، فإن ربع هؤلاء الأشخاص قد تم شفاؤه من اضطراب APD، وأن ثلـثهم قـد تحسـنت حالتـه Black, Baumgard, & Bell, 1995 ، وحـوالي ثلاثـة أربـاع الأشخاص المصابين باضطراب APD تتوافر فيهم المعايير التشخيصية لاضطراب آخر.يعد إسـاءة استغلال الثروة هو الأكثر شيوعا من حيث الاشتراك في الحالـة المرضـية Newman, Moffitt, Capsi, et al 1998 . لذا فلا يدهشـنا أن تكـون المعـدلات مرتفعـة ملحوظـة في دور الرعايـة وإعادة التأهيل من إدمـان المخـدرات والكحـول Sutker & Adams, 2001 . إن نحـو ثلاثـة أرباع الأشخاص الذين يعانون الاضطرابات تنطبق عليهم معايير اضطراب APD.

المرض النفسى Psychopathy: الوصف السريري

أدرج مفهـوم المـرض الـنفسي في الـدليل التشـخيصي ضـمن اضـطراب الشخصـية المنـاهض للمجتمـع APD ، وفي كتابـه الكلاسـيكي "قنـاع العقـل The mask of sanity " اسـتند "هـيرفي كليكلي 1976 " Hervey Cleckley إلى الخـبرة الطبيـة في صـياغة المعـايير التشخيصـية للمـرض النفسي، وقد تركزت أعراض المرض الـنفسي عنـد "كـيلكي" عـلى أفكـار ومشـاعر الشـخص، ووفقـا لوصف "كليكي"، فإن واحدة من الملامح الأساسية للمرض النفسي هي الفقـر في العواطـف، سـواء الإيجابية والسلبية، فالأشـخاص المصـابون بـالمرض الـنفسي لا يشـعرون بـالحرج، وأن مشـاعرهم الإيجابية الظاهرية تجاه الآخرين ليست سوى افتعال، وهم يبدون في الظاهر ذوي فتنـة وسـحر وجاذبية، وهم يستخدمون هذه الجاذبية في التأثير على الآخرين من أجـل المكاسـب الشخصـية، وربما يكون عدم إحساسهم بالقلق عاملا يجعـل مـن غـير الممكـن بالنسـبة لهـم أن يتعرفـوا أو يتعلموا من أخطائهم في حين لا توجـد مشاعر إيجابية تقـودهم إلى الـتصرف بشـكل يخلـو مـن الإحساس بالمسئولية، وغالبا ما يكون تصرفهم قياسا تجاه الآخرين، وهناك نقطة رئيسة أخـرى في وصف "كليكي" هي أن السلوك المنـاهض للمجتمـع والصـادر عـن مـرض نـفسي، يـتم القيـام بـه بشكل متهور واندفاعي، وبقدر مـا يرجـع ذلـك إلى الإثـارة أو الميـل إلى الإثـارة، بقـدر مـا توجـد أسباب أخرى له منها مثلا الكسب المادي.

المعيار الأكثر استخداما في تقييم المرض النفسي هو قائمة الفحص النفسي المعدلة Hare, 2003 ، ويستخدم القائمون بالقياس هذا المعيار عند إجراء المقابلات المكثفة، ولكنهم يقومون أيضا بجمع المعلومات من مصادر أخرى مثل السجلات الجنائية أو تقارير العمل الاجتماعي، وبعضا من القياسات العشرين تتوافق مع معايير اضطراب الشخصية المناهض للمجتمع APD بما في ذلك جنوح الأحداث، والنزعة الإجرامية، والاندفاعية، وانعدام المسئولية، والهوس السطحي، والكذب المرضي، والمناورة، ويتضمن المعيار أيضا الأعراض التأثيرية مثل فقدان الحس، وضحالة التأثر وانعدام الشفقة Hare & Neumann, 2006 .

تختلف معايير الدليل التشخيصي - الإصدار الخامس عن معايير المرض النفسي في نقاط مهمة من بينها ما يتعلق بأن تظهر الأعراض على الشخص قبل أن يبلغ الخامسة عشرة من العمر، وهذا ما أدى إلى إيجاد تمييز ملموس بين المتلازمتين، فعشرين بالمئة فقط من الأشخاص الذين تشخص إصابتهم بأنها اضطراب الشخصية المناهض للمجتمع APD تأتي علاماتهم مرتفعة على معيار قائمة فحص المرض النفسي Rutherford, Cacciola & Alterman, 1999 .

حالة طبية سريرية:

شاب في التاسعة عشرة من عمره يعاني اضطرابا في التنفس، وسرعة نبضات قلبه، واتساع في حدقة العين، نقله أحد أصدقائه، واعترف هذا الصديق فيما بعد أنهما قد قاما بتناول جرعة كبيرة من الكوكايين قبل أن تبدأ الأعراض في الظهور، فالرجلان لم يرغبا في فضح نفسيهما، ولكن سرعان ما أصبح الفريق الطبي قادرا على الحصول على معلومات كافية مكنته من الاتصال بوالدة المريض التي وصلت إلى المستشفى مترنحة تفوح منها رائحة الكحول، وعندما تم إجراء مقابلة معها، قالت إن ابنها له تاريخ طويل من العصيان والتحلل من قيود العائلة أو الأسرة وأنشطتها، وعندما حاولت أن تضع قواعد، أصبح يتناقش معها بعنف، فهو في الغالب يبقى خارج المنزل، وقالت أيضا إن الأب ليس موجودا ليساعدها في تربيته، وقد كانت تعتقد أن ابنها طالب مجتهد ولاعب لامع في كرة السلة، غير أن هذه الاعتقادات سرعان ما تبخرت وأثبتت عدم صحتها. وبدلا من ذلك أظهر البحث أن ابنها كان متورطا في تعاطي المخدرات وسباق للسيارات، وقد افتخر بأنه كان يحتسي صندوقا من البيرة يوميا. وقد لجأ إلى العديد من الخطط من أجل الحصول على الأموال التي يشتري بها المخدرات بما في ذلك الاستيلاء على راديو السيارة، وأخذ أموال من الأم، وقد أنكر معاناته من أي مشاكل معه، وانهى مقابلته الأولى مع الطبيب المعالج قبل الأوان Spitzer et al., 1994 .

أسباب اضطراب الشخصية المناهض للمجتمع والمرض النفسي

في هذا الجزء سنتناول دراسة أسباب اضطراب الشخصية المناهض للمجتمع APD ، وأسباب المرض النفسي، فعندما نراجع الأبحاث المتعلقة بهذا الموضوع، لابد أن نضع في اعتبارنا مسألتين اثنتين تسهمان في جعل النتائج غير متكاملة. الأولى: أنه قد تم إجراء البحث على أشخاص تم فحصهم وتشخيصهم بطرق مختلفة - فبعض الأشخاص أظهر التشخيص أنهم يعانون اضطراب الشخصية المناهض للمجتمع APD ، بينما آخرون يعانون المرض النفسي. المسألة الثانية، هي أن معظم الأبحاث حول اضطراب الشخصية المناهض للمجتمع APD والمرض النفسي قد تم إجراؤها على أشخاص تمت إدانتهم كمجرمين. ولذلك فإن نتائج هذه الأبحاث قد لا تنطبق على المرضى النفسيين الذين لا يعتبرون مجرمين أو الذين لم يتم القبض عليهم. وفي حقيقة الأمر، فإنه وفقا للمقاييس المعرفية والمقاييس النفسية البدنية، فإن المرضى النفسيين الذين تم إدانتهم يظهرون المزيد من العيوب التي تفوق ما يظهره أولئك الذين لم يتم القبض عليهم Ishikawa, Raine, Lencz, et al., 2001 .

سنصف سلسلة من النظريات التي تناولت المسببات المرضية، ونبدأ باستعراض ما يتعلق بالدليل الجيني ثم نناقش الدليل على أن البيئة الأسرية والفقر يؤثران على تزايد المخاطر وتطور الأعراض. بعد ذلك سنتناول الأنماط النفسية ولكن ذلك سيأخذنا بعيدا عن المنهج التنظيمي الذي اتبعناه في باقي أقسام هذا الكتاب حيث كنا نفصل بين الأنماط العصبية الحيوية عن الأنماط النفسية، ولكننا هنا سنضع الأنماط العصبية الحيوية والنفسية معا وذلك لأن تصوير المخ أصبح شائعا في فحص واختبار الأنماط النفسية لاضطراب الشخصية المناهض للمجتمع والمرض النفسي.

العوامل الجينية Genetic Factors:

أوضحت دراسات التبني ارتفاع مستوى الاضطراب المناهض للمجتمع لدى الأطفال الذين تم تبنيهم ممن كان والداهم الحقيقيان يعانون اضطراب الشخصية المناهض للمجتمع APD وتعاطي العقاقير المخدرة Cadoret, Yates, Troughton, et al., 1995; Ge, Conger, Cadoret, et al., 2003 . كما أن الدراسات القديمة تشير إلى أن النزعة الإجرامية Gottesman & Goldsmith, 1994 والمرض النفسي Taylor, Loney, Babadilla, et al., 2003 ، واضطراب الشخصية المناهض للمجتمع APD Eley, Lichtenstein& Moffitti, 2003 قد ينتقلون عن طريق الوراثة بدرجة معتدلة، وبنسبة تتراوح بين 40-50 بالمئة، وتشير الدراسات أيضا إلى أن النسبة ترتفع في أنماط السلوك المناهض للمجتمع 65 بالمئة مقارنة بتلك الأنماط التي تقتصر على خرق القواعد 48 بالمئة Burt & Donnellan, 2009 .

علينا أن نتذكر أن عدم الثبات قد يحد من استمرارية تحقق المعدلات التي تظهرها الاحتبارات، وقد تكون النتائج المجمعة حول اضطرابات الشخصية منخفضة القيمة. هناك بعض الدراسات التي تناولت هذا الموضوع من خلال جمع المعايير المتكررة لقياس الأعراض Burt, 2009 ، وذلك من خلال جمع المؤشرات المتعددة للمرض النفسي Larsson, Andershed & Lichtenstien, 2006 أو من خلال جمع التقارير حول أعراض مناهضة المجتمع والتي يقدمها المدرسون والوالدان والأطفال Baker, Jacobson, Raine, et al., 2007 ، ومن خلال المزج بين المعايير المتعددة يمكن تحديد مقياس أدق للمرض النفسي أو السلوك المناهض للمجتمع، وقد خلصت كل دراسة استخدمت هذا المنهج إلى ارتفاع تقديرات العوامل الوراثية.



ثلاثة أرباع المدانين بجرائم تنطبق عليهم معايير الدليل التشخيصي الخاصة باضطراب الشخصية المناهض للمجتمع

ويبدو أن هناك ارتباطا بين عوامل المخاطرة الجينية في اضطراب الشخصية المناهض للمجتمع، والمرض النفسي، واضطراب التواصل، وتعاطي المخدرات، فقد يرث الشخص ميلا عاما للإصابة بأعراض هذه الاضطرابات، ثم يأتي دور البيئة لتحدد أي هذه الأعراض ستكون له السيادة Kendler, Prescott, Myers, et al., 2003; Lasson, Tuvblad, Rijidik, et al., 2007 . هناك مخاطرة وراثية محددة تشير إلى أن بعض الجينات قد يؤثر على السلوك العدواني في اضطراب الشخصية المناهض للمجتمع Eley et al., 2003 .

أوضحت أبحاث التبني أيضا أنه من الصعب التمييز بين التأثيرات الجينية والسلوكية والأسرية Ge, et al., 1996 . وذلك يعني أن السلوك المناهض للمجتمع والمنتقل بطريقة وراثية للطفل قد يعكس استخدام طريقة خشنة لضبط السلوك، وتؤدي إلى عدم وجود دفء حتى مع الآباء المتبنين. وبالتالي فإن هذه الصفات الموجودة في الوالدين تفاقم من ميول الطفل لمناهضة المجتمع.

العوامل الاجتماعية - البيئة الأسرية والفقر

نظرا لأن الكثير من السلوك المرضي النفسي يخرق المعايير الاجتماعية، فإن العديد من الباحثين قد ركزوا على العامل المبدئي في التأهيل الاجتماعي، أو الأسري في أبحاثهم وذلك من أجل توضيح هذا السلوك، فالسلبية العالية وقلة الدفء تنبئ بظهور سلوك

مناهض للمجتمع ,Marshall& Cooke, 1999; Reiss, Heatherington, Plomin, et al. 1995 ، وقد تكون البيئة الأسرية ذات أهمية خاصة عندما يكون لدى الطفل ميل مورث للسلوك المناهض للمجتمع. على سبيل المثال، في دراسات التبني التي تم الإشارة إليها سابقا Cadrret et al., 1995 ، فإن البيئة غير الملائمة في منزل التبني مثل المشاكل الزوجية وإساءة استخدام العقاقير المخدرة لها علاقة بظهور اضطراب الشخصية المناهض للمجتمع APD خاصة عندما يكون الوالدان الأصليان مصابين باضطراب الشخصية المناهض للمجتمع APD .

بعيدا عن دراسات التوائم، فإن هناك بحثا مستقبليا أساسيا لتوضيح أن العوامل الاجتماعية بما في ذلك الفقر، وانتشار العنف أو التعرض للعنف، ونماذج تربية الوالدين، تنبئ بالسلوك المناهض للمجتمع في الطفل Loeber& Hay, 1997 ، حتى عندما لا يكون الأطفال في مخاطرة للتعرض لاضطراب الشخصية المناهض للمجتمع APD من الناحية الوراثية Jaffee, Moffitt, Caspi, et al., 2002 ، وبالنسبة للبالغين الذين يعانون اضطراب التواصل من الطبقات الفقيرة فغالبا ما تبلغ نسبة احتمال إصابتهم باضطراب الشخصية المناهض للمجتمع APD ضعف نسبة أولئك الذين ينتمون إلى طبقات اجتماعية راقية ,Lahey . Loeber, Burke, et al., 2005

انعدام الخوف Fearlessness:

هناك جزء كبير من الجهود يتم بذله للربط بين المرض النفسي واضطراب الشعور بالخوف والتهديد، وقد لاحظ " كليكي Cleckey" عدم قدرة الأشخاص الذين يعانون المرض النفسي على الاستفادة من التجربة أو حتى من العقاب. حيث يبدو أنهم غير قادرين على تجنب النتائج السلبية لسوء التصرف الاجتماعي. وهناك العديد ممن يعتبرون من منتهكي القانون بشكل دائم بالرغم من تعرضهم لعقوبات الحبس أكثر من مرة. إذ إنه يبدو أنهم محصنون ضد القلق أو وخز الضمير الذي يمنعنا من انتهاك القانون، ومن الكذب، أو الأضرار بالآخرين. أو أنهم يجدون صعوبة في كبح اندفاعاتهم. أوضح " كليكي Cleckey " أن المرضى النفسيين لا يتعلمون تفادي بعض السلوكيات لأنهم لا يستجيبون للعقوبات بالنسبة لسلوكهم المعادي للمجتمع. وعلى ما يبدو أنهم لا يمرون بردود الفعل المتمثلة في الخوف المشروط.

قامت دراسة قديمة باختبار فكرة أن المرضى النفسيين لديهم موانع قليلة للغاية بخصوص ارتكاب سلوكيات معادية للمجتمع، لأنهم يتعرضون للقلق بشكل قليل جدا Lykken, 1957 وهناك اعتقاد عام بأن القلق هو الذي يحدث القدرة على تعلم تجنب المثيرات المكروهة مثل الصدمات، ولكي يحدد ما إذا كان المرضى النفسيون لديهم بالفعل

مستويات منخفضة من القلق أم لا، قام "ليكن" Lykken بتقييم مدى حسن تعلم المرضى النفسيين لتجنب الصدمات.

دعمت دراسات الجهاز العصبي أيضا الفكرة القائلة بأن المرضى النفسيين أقل استجابة من غيرهم تجاه المؤثرات المحفزة للخوف. كما أن المرضى النفسيين تكون مستويات استشعارهم للملس البشرة أقل من المعدلات الطبيعية، وتتأثر بشرتهم بدرجة قليلة عند تلامسها أو تحفيزها بمؤثر منبه Lorber, 2004 . ذكرت إحدى الدراسات أن الاستجابة المنخفضة للبشرة تجاه مؤثر منبه الصراخ العالي عند الثالثة من العمر تشير إلى الإصابة المرض النفسي عند عمر 28 عاما Glenn, Raine, Venables, et al., 2007 ، وفي امتداد مثير لهذه النظرية، استخدم الباحثون أنشطة المخ كطريقة لاختبار ما يحدث بالمنسبة للمؤثرات المعتادة وغير المعتادة ضغط موجع ومدى تكرار تسارعها مقارنة بالصور المحايدة مؤثر شرطي ، ولقياس الاستجابة للمؤثرات الشرطية بعد هذه الأزواج المتكررة، قام الباحثون بقياس الأنشطة التي تحدث في منطقة اللوزة amygdala ومناطق المخ الأخرى المتعلقة بالعواطف Birbaumer, Veit, Lotze, et al. 2005 ، وبعد ضبط الظروف الشرطية، أظهرت العينة الضابطة المكونة من أفراد أصحاء زيادة في أنشطة منطقة اللوزة عند مشاهدة الصور المحايدة. بينما لم تظهر هذه الزيادة المتوقعة في نشاط منطقة اللوزة عند الأشخاص المصابين بالمرض النفسي. توضح هذه النتائج أن الأشخاص المصابين بالمرض النفسي لا يصل مستوى استجابتهم تجاه المحفزات المنبهة للتواصل التقليدي إلى المستوى الأساسي.



يتم استخدام اختبار تخمين البطاقات لقياس الرغبة في الربح والخسارة كأداة لقياس الاندفاعية لدى المصابين بامراض نفسية Newman, Patterson & Kosson, 1987

الاندفاع:

ركزنا فيما سبق على كيفية استجابة المصابين بالمرض النفسي للتهديدات، وتشير نظرية ذات صلة إلى أن الاندفاع الذي تم تعريفه بأنه فقدان الاستجابة تجاه المخاطر والتهديدات عند وجود مكافأة محتملة. الشاهد هنا أن فقدان الاستجابة للتهديد قد يصل إلى درجة عالية من الحدة عندما يحاول الشخص المصاب بالمرض النفسي الحصول على مكافأة كالمال أو غيره من الموارد الأخرى.

يظهر الاندفاع أيضا عند المرضى النفسيين عندما يتقدمون لأداء مهمة تم تصميمها لاختبار القدرة على تغيير رد الفعل اعتمادا على النجاح أو الفشل Patterson&

Newman, 1993 . ذكرت إحدى الدراسات التي تقوم بدراسة هذه الظاهرة، أن المشاركين قد قاموا بلعب لعبة البطاقات على الكمبيوتر Newman, Patterson, Kosson, 1987 ، وعندما ظهر وجه الكارت بكسب المشاركة 5 سنتات، أما إذا ظهرت كارت غير موجود على السطح، فإن المتشارك يخسر خمسة سنتات، وبعد كل تجربة، يكون لدى المشارك الفرصة في الاستمرار في اللعب أو التوقف. وقد تم التحكم في إمكانية أو احتمال الخسارة عن طريق الخبير وقد بدأ عند 10%؛ وبعد ذلك زادت احتمالية الخسارة بعشرة في المائة 10%. لكن عشرة كروت تلعب حتى تصل نسبة الخسارة إلى 100%.استمر المرضى النفسيون في اللعب في هذه اللعبة وقتا أطول من الأشخاص غير المرضى وهناك تسعة مرضى من كل 12 لم يتوقفوا عن اللعب أبدا، على الرغم من أنهم قد خسروا أموالا في 19 محاولة من 20 محاولة، وهذا يعني أنهم لم يتوقفوا عن السعي للحصول على المكافأة بالرغم من تعرضهم للعقوبة.

وفي توسيع شيق لهذه الدراسة، أوضح الباحثون أن الأشخاص المصابين بمستويات مرتفعة من المرض العقلي يمكنهم الاستجابة للتهديدات إذا توقفوا عن القيام بعملية التغذية الرجعية السلبية. حيث أجريت ذات اللعبة مرة أخرى مع وجود اختلاف واحد، وهو أنه تم فرض فترة انتظار قدرها 5 ثوان بعد التغذية الرجعية، ولذلك فإن قرار اللعب ثانية لا يتم تأجيله. وقد أدى ذلك إلى الانخفاض بشكل بالغ.عند تقليل عد المحاولات التي يقوم بها المرضى النفسيون عند اللعب، وكان يبدو أن تنفيذ تأجيل اتخاذ القرار، ربما يقود المرضى إلى التفكير في التغذية السلبية الرجعية والتصرف بشكل أقل اندفاعا Newman, Schmitt& Voss, 1997 .

وإجمالا فإن النتائج التي تم التوصل إليها تدعم أيضا وجهة النظر القائلة بأن المصابين بالمرض النفسي قد لا يستجيبون إلى التهديدات عندما يسعون إلى الحصول على المكافأة، ويمكن التغلب على جزء من هذا الخلل عندم يتم تبطئة الشخص فيبدأ في انتظار علامات التهديد أو الخطر.

كما أن الدراسات العصبية البيولوجية تدعم فكرة أن المرض النفسي مرتبط بالاندفاعية، وعلينا أن نتذكر أن القشرة الأمامية ترتبط بحدوث الاندفاع. كما أن المصابين بالمرض النفسي تقل لديهم المادة الرمادية في القشرة الأمامية بصورة تفوق غير المصابين بالمرض النفسي . Raine, Yang, 2007

اختلال التعاطف يؤدي إلى عدم الاستجابة تجاه إيذاء الآخرين:

تقوم الأبحاث التي تحدثنا عنها حتى على فكرة أن العقاب لا يؤدي إلى الشعور بمشاعر قوية لدى المصابين بالمرض النفسي ولكنه لا يؤدي إلى الإصابة بالسلوك المناهض للمجتمع. إلا أن بعض الأبحاث ترى أن التعاطف هو عامل مهم في التعايش

المجتمعي وليس العقاب. التعاطف يعني أن تتجاوب مع ردود الأفعال العاطفية لدى الآخرين، لذا فالتعاطف مع أحزان شخص ما قد يؤدي الى الاستغلال القاسي، ومن هنا فإنه يمكن القول إن سمات المرض النفسي تنتج عن انعدام التعاطف.

هناك العديد من أنماط الأبحاث التي تدعم هذه النظرية، فعندما يطلب تحديد العواطف التي تعبر عنها صور أشخاص غرباء، فإن الرجال المصابين بالمرض النفسي يبدون قدرا أضعف من التعرف على مشاعر الخوف لدى الآخرين حتى وإن أمكنهم التعرف على العواطف الأخرى Marsh& Blair, 2008 ، وكي يتم اختبار إذا ما كان انعدام التعاطف يؤدي إلى عدم الإحساس عند مشاهدة شخص ما يتم إيذاؤه، فإن الدراسات قد تمت من خلال عرض صور للأحداث المؤذية مثل: السطو أو الهجوم الجسدي على المصابين بالمرض النفسي وإخضاع المشاركين لعملية ضبط. إن الأشخاص المصابين بالمرض النفسي يظهرون استجابات نفسية باثولوجية تجاه الصور التي تتضمن مشاهد للإيذاء أكثر من غير المصابين بالمرض النفسي Leverston, Patrick, Bradley, et al, 2000 ، وفق ما تشير إليه نتائج موازية أخرى تضمنتها دراسات تصوير المخ. بينما أوضح غير المصابين بالمرض النفسي نشاطا في منطقة القشرة الأمامية عند مشاهدتهم لخرق أخلاقي، أما المصابون بالمرض النفسي فلم يظهروا هذه الاستجابة Herenski, Hereneski, Shane, et al., 2010 .

اضطراب الشخصية البيني أو الحدي Borderline Personality Disorder:

يأتي تركيزنا على اضطراب الشخصية البينية أو الحدية BPD لعدة أسباب، من ضمن هذه الأسباب أن اضطراب BPD يعتبر شائعا جدا في الأوساط الطبية، ويصعب التعامل معه بدرجة كبيرة، بالإضافة إلى ارتباطه بالنزعة إلى الانتحار.

الوصف السريري لاضطراب الشخصية البيني أو الحدي:

الملامح الجوهرية لاضطراب الشخصية الحدية BPD هي الاندفاع، وعدم الاستمرارية في العلاقات والتقلب في الحالة المزاجية، فعلى سبيل المثال، قد تتغير المشاعر تجاه الآخرين خلال فترة قصيرة بدون تفسير. وتكون العواطف حادة ومشتعلة، وتتغير بسرعة وعلى نحو مفاجئ وخصوصا من المثالية المتحمسة الانفعالية إلى الغضب الشديد، وفي دراسة تجريبية أجريت على عينة ممن يعانون اضطراب BPD ظهر أنهم يتسمون بتغيرات حادة وكبيرة وغير متوقعة في أمزجتهم السلبية أكثر مما يظهر في اضطراب الاكتئاب الرئيس Trull, Solhan, Tragesser, et al., 2008 . وكما هى الحال في حالة "ماري" التي تناولناها في بداية هذا الفصل، ففي الغالب يؤدي الغضب الشديد عند الأشخاص المصابين باضطراب BPD إلى الاضرار بالعلاقات. يتسم المصابون

باضـطراب BPD بالحساسـية المفرطـة تجـاه العلامات العاطفية البسيطة التي يبـديها الآخـرون . Lynch, Rosenthal, Kosson, et al., 2006 يشـمل سـلوكهم المـدمر للـذات والـذي لا يمكـن التنبؤ به ويتسم بالاندفاع والميل إلى تدمير الـذات، والمقـامرة، وأيضـا الإنفـاق غـير المحسـوب، وعـدم التمييز عند المعاشرة الجنسـية، وإسـاءة اسـتخدام العقاقير. وليس لدى الأشخاص المصابين باضـطراب - BPD معنى واضح ومتماسـك عـن الـذات، فهـم يتعرضـون أحيانـا لإشـارات رئيسـة تمثـل الجوانـب الأساسية في الشخصية مثل قيمهم، ومشاعر الوفاء، واختيـارات المهنـة. ولا يمكـنهم تحمـل الواحـدة، والخـوف مـن الهجـر، ولا أن يطلبـوا الاهـتمام أو الانتباه، ولا أن يتعرضوا لمشاعر مزمنة بالاكتئاب أو الفراغ، إن ما قـد يتعرضـون لـه، مـا هـو إلا بعـض الذهان العابرة والأعـراض غـير الاجتماعيـة عنـدما تتم ممارسة الضغط عليهم.

> معيار الدليل التشخيصي DSM-S لاضطرابات الشخصية البينية أو الحدية:
> وجود خمسة أو أكثر من هذه العلامات خلال فترة البلوغ المبكرة وأن تظهر في أحد الأشكال التالية:
> * جهود بالغة لتفادي الهجر
> * علاقات شخصية غير مستقرة يتم فيها النظر للآخرين بصورة مثالية أو منحطة.
> * عدم استقرار في الشعور بالذات.
> * الاضرار بالـذات، والسـلوكيات المتهـورة في مجالين على الأقل، كالاسراف أو الجنس أو تعاطي المخدرات أو قيادة السيارات بتهور، أو الإفراط في تناول الطعام.
> * انخفاض ملحوظ في النشاط المزاجي.
> * شعور مزمن بالفراغ.
> * نوبات متكررة من التوتر والغضب غير المنضبط.
> * ميل إلى الأفكار الارتيابية والأعراض غير ذات الصلة عند نوبات الضغط النفسي.

يعد السلوك الانتحاري ذا أهمية خاصة اضطراب BPD، فقد توصلت إحـدى الدراسـات إلى أنه على مدى مـا يزيـد عـلى 20 عامـا قـام مـا يقـرب مـن 7.5% مـن الأشـخاص المصـابين باضطراب - BPD بالإقدام على الانتحار Linehan& Heard, 1999 . توصلت دراسـة أخـرى شملت - 621 شخصا مصابين باضطراب -BPD، توصلت هـذه الدراسـة إلى أن حـوالي 15.5% من هؤلاء الأشخاص قد تورطوا في سلوك انتحاري واحد على الأقل خلال العام السـابق Yan, Shea, Pagano, et al., 2003 . يتعـرض الأشـخاص المصـابون باضـطراب BPD بشـكل خـاص أيضا للتورط في سلوك غير انتحاري أو مؤذ للذات راجع أهم الاكتشـافات 5-6 ، وعـلى سـبيل المثال قد يقومون بجرح السيقان بشفرة حادة أو يقومـون بحـرق ذراعهـم بالسـجائر - تعتـبر هذه السلوكيات ضارة، غير أنها لا تؤدي إلى الوفاة في أغلـب الأحيـان، وهنـاك أكـثر مـن ثلثـي الأشخاص على الأقل سيقومون بالتورط في محاولة جرح أحد الأعضاء إلى درجة معينة، أثنـاء أو خلال فترة حياتهم Stone, 1993 .

معيار الدليل التشخيصي DSM-5 لاضطراب الشخصية الحدي:

خلال فترة تتراوح بين 10-15 سنة تستقر حالة الأشخاص المصابين باضطراب BPD ولا تظهر عليهم معايير التشخيص Zanarini, Frankenburg, Hennen, et al., 2006 . فمعظم الأشخاص لا تنطبق عليهم معايير التشخيص عند سن الأربعين Paris, 2002 ، وتختفي الأعراض المتعلقة بإيذاء الذات والنزعة الانتحارية أسرع من غيرها من الأعراض مثل الميل للغضب والتهور Zanarini et al, 2006 .



غالبا ما يقوم الأشخاص المصابون باضطراب الشخصية الحدي بسلوكات مؤذية للذات

الأشخاص المصابون باضطراب BPD معرضون بدرجة عالية للإصابة باضطراب ضغط ما بعد الصدمة أو اضطرابات المزاج McGlashan et al., 2000 . كما أنهم معرضون لخطر الإصابة بالاضطرابات التي تتعلق باساءة استخدام العقاقير، واضطرابات الأكل، وكذلك الحال مع اضطرابات الشخصية الفصامية McGlashan et al., 2000 ، وعند حدوث هذا فإنه غالبا ما يشير إلى أن أعراض اضطراب BPD ستبقى خلال ست سنوات Zanarini, Frankenburg, Hennen, et al., 2004 .

هناك وصف بديع قدمه جوناثان كيلرمان Jonathan Kellrman، وهو طبيب نفسي ومن الكتاب الناجحين في كتابة الروايات الغامضة، هذا الوصف يقدم لنا معنى جيدا لما يشبه الأشخاص المصابين باضطراب BPD:

"إنهم الذين يشعرون باكتئاب مزمن، المدمنون عن قصد، الذين يضطرون إلى العزلة والانفصال، ما إن يخرجوا من كارثة حتى يدخلوا في أخرى، يتمنون النوم، ذوي معدة شرهة منتفخة، يتقافزون في الطرق السريعة، ذوي العيون الحزينة، يفضلون الجلوس على درجات السلم يحركون ذراعيهم مثل كرات قدم، يعانون جروحاً روحية لا يمكن أن تشفى أبدا، ذواتهم أكثر هشاشة من حبات السكر الملتصقة، وأرواحهم هشة متكسرة فلا يمكن تجميعها مرة أخرى، إنهم مثل لعبة الصور المتقطعةٍ التي تغيب عنها بعض القطع، يقومون بدورهم بنشاط، وينجحون بتفوق في تمثيل أي شخص إلا أنفسهم، وهم يبحثون عن الحب العنيف لكنهم يقاومونه عندما يعثرون عليه، بعضهم ينجذب للمسرح والسينما، أما البعض الآخر فإنهم يؤدون دورهم المسرحي بطرق أكثر صمتا... يتنقل المصابون

باضطراب الشخصية الحدي من معالج إلى معالج أملا في الحصول على الحبة السحرية التي تبدد مشاعر الفراغ، ثم يتحولون إلى الحبوب الكيميائية، يلتهمون المهدئات ومضادات الاكتئاب، والكحول، والكوكايين Kellerman, 1989, pp, 113-114 .

ولحسن الحظ فإن الأبحاث التي تناولت اضطراب BPD سيتم عرضها في ختام هذا الفصل؛ والتي تدعم وجهة نظر إيجابية أكثر مما تعرض له "كيلرمان".

أسباب اضطراب الشخصية البينية أو الحدية Borderline Personality Disorder:

اضطراب BPD هو متلازمة معقدة وترتبط بالعديد من عوامل المخاطرة المختلفة التي تسهم في حدوثه. وسنناقش العوامل البيولوجية، والعوامل الاجتماعية، ونظرية لينهان Linehan في التأهب للضغط، والتي تتكامل مع عوامل عصبية بيولوجية واجتماعية.

العوامل العصبية البيولوجية:

يبدو أن العوامل البيولوجية تلعب دورا مهماً في ظهور اضطراب BPD، وتكون الجينات مسؤولة عما يزيد على 60% من التنوع في حدوث هذا الاضطراب. كما أن الأشخاص المصابين باضطراب BPD يظهرون مستوى منخفضا من الأداء الوظيفي للسيروتونين Serotonin أضعف من الأشخاص المنضبطين Soloff, Meltzer, Greer, et al., 2000 . كما أن هناك بعض العوامل الأخرى التي تسهم في حدوث الفوضى العاطفية أو التهور أكثر مما تتسبب في إظهار الاضطراب بصورة كلية Siver, 2000 .

تقترح دراسات عديدة أن العوامل الحيوية قد تسهم في عدم الانضباط العاطفي/ الفوضى العاطفية، فآباء المصابين باضطراب BPD هم الأكثر عرضة بنسبة أكبر من المتوسط، للإصابة باضطراب المزاج Shachnow, Clarkin, DiPalma, et al., 1997 . هناك نتائج أكثر وضوحا نتجت عن دراسة منطقة اللوزة وعلاقتها باضطراب BPD، واللوزة هي منطقة بالمخ ترتبط بشدة بالتفاعلات العاطفية راجع شكل 6-3 ، ومن الواضح أن نشاط اللوزة مرتبط بالعديد من الاضطرابات التي تتضمن العواطف الجياشة بما في ذلك اضطرابات المزاج، واضطرابات القلق. يظهر على المصابين باضطراب BPD زيادة في نشاط اللوزة Herpetz, Dietrich, Wenning, et al., 2001, Silbersweig, Clarkin, Goldstein, et al. 2007 . يبدو أن نشاط اللوزة مرتبط بفهم الفوضى العاطفية في اضطراب BPD.

هناك بعض المؤشرات على أن الاستعداد الجيني والعصبي الحيوي يسهمان كذلك في ظهور السمات التهورية في اضطراب BPD. إن أقارب المرضى من الدرجة الأولى تكون لديهم اضطرابات تتعلق بالاندفاعية والتهور مثل تعاطي المخدرات واضطراب الشخصية المناهض للمجتمع White, Gunderson, Zanarini, et al. 2003 . أما فيما يتعلق بالعلوم

العصبية الحيوية فإن هناك اعتقادا بأن الفصوص الأمامية تساعد على التحكم في النزعة الاندفاعية، وفي بعض الدراسات يقوم المصابون باضطراب - BPD بأداء الاختبارات العصبية النفسية بنشاط ضعيف، ويكون لديهم تغير هيكلي في الفص الأمامي van Elst, 2003, van Elst, Thiel, Hesslinger, et al., 2001 خاصة في الجزء الداخلي من التلفيف Minzenberg, Fan, New, et al., 2007, 2008 . كما أن العلاقة بين الفص الأمامي ومنطقة اللوزة تبدو ذات تأثير. وبالنظر في مجمل هذه النتائج نجد أن العوامل العصبية البيولوجية قد تسهم في ظهور السمات الاندفاعية في اضطراب -BPD.

العوامل الاجتماعية: سوء المعاملة في الطفولة:

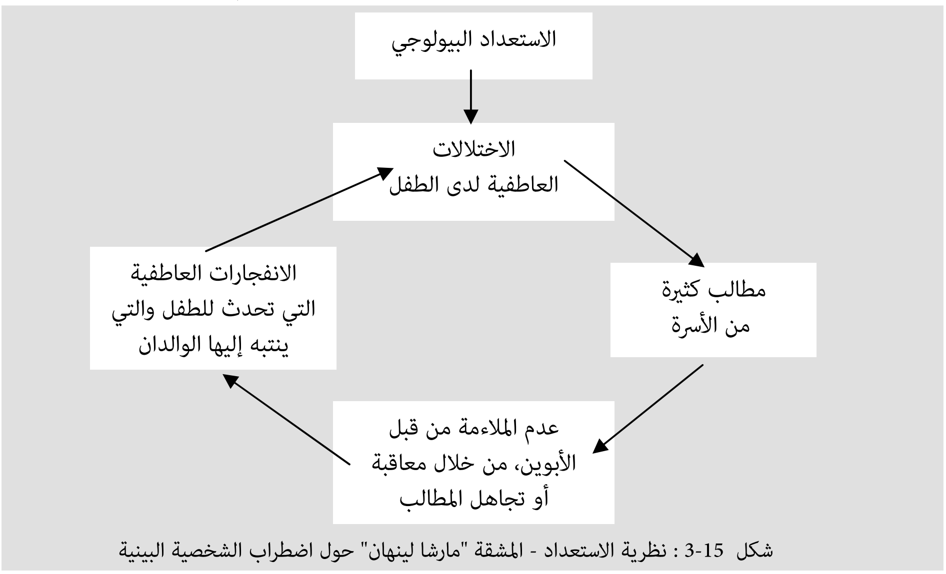
يميل المرضى باضطراب BPD كثيرا إلى إظهار تاريخ الانفصال بين الأبوين، وإساءة معاملة لفظي، وإساءة معاملة من الناحية العاطفية أثناء الطفولة أكثر من المرضى الآخرين الذين يتم تصنيفهم ضمن اضطرابات الشخصية الأخرى Reich& Zanarini, 2001 . في الواقع فإن سوء المعاملة هذا يتكرر بشكل أكبر بين الأشخاص المصابين باضطراب BPD أكثر من تكراره لدى الأشخاص الذين يظهر التشخيص أنهم مصابون باضطراب آخر Herman, Perry, van der Kolk, 1989 مع توقع وجود اضطراب هوية مفككة راجع الفصل 8 . والذي يتسم أيضا بالمعدلات العالية من إساءة المعاملة في الطفولة، وعلى افتراض ظهور الأعراض في الأشخاص المصابين باضطراب BPD فإنه يمكننا أن نستنتج أن هناك ارتباطا بين اضطراب الشخصية المفككة وبين اضطراب -BPD، وأن التفكك في كليهما ينشأ عن الضغط الشديد الناتج عن إساءة معاملة الطفل. وفي الحقيقة هناك دراسة قد وجدت أن الأشخاص الذين تعرضوا للانفصال والتفكك بعد سوء المعاملة في الطفولة يكونون أكثر عرضة لظهور أعراض اضطراب BPD عليهم Ross, Waller, Tyson, et al., 1998 . وأحد النماذج النفسية المبنية على هذه المعدلات المرتفعة من سوء المعاملة، ويوضح كيف يمكن لشخص أن يصل إلى حد ظهور أعراض اضطراب - BPD عليه، وسوف نقوم بمراجعة هذه النظرية فيما يلي.

نظرية لينهان Linehan حول الضغط والتأهب:

تقترح مارشا لينهان Marsha Linehan أن اضطراب BPD يظهر عندما يجد الأشخاص صعوبة في التحكم في عواطفهم بسبب أن الاستعداد البيولوجي وقد يكون الجيني الوراثي يتزايد في بيئة الأسرة التي تعتبر غير صالحة، بمعنى أنها استعداد لتفاعلات الفوضى العاطفية مع خبرات عدم الصلاحية وهي ما تزيد من ظهور اضطراب BPD. تكون مشاعر الأشخاص مكبوتة في أي بيئة غير صالحة. ولا تحظى بأي احترام

أو تقدير حين يحاول الشخص إيصال مشاعره، فيتم تجاهلها بل وحتى المعاقبة عليها. هناك شكل متطرف من عدم الملاءمة وهو إساءة المعاملة سواء كان ذلك جنسيا أو غير جنسي، حيث إن الوالدين المستغلين يدعيان أنهما يحبان الطفل، غير أنهما يقومان بإيذائه.

يتفاعل العاملان الأساسيان المفترضان: الفوضى العاطفية وعدم الصلاحية مع بعضهما البعض بشكل ديناميكي انظر شكل 15-3 ، فعلى سبيل المثال، فإن الطفل غير المستقر عاطفيا يطلب من أسرته مطالب هائلة يتجاهلها الآباء الغاضبون، فيعاقبون الطفل مما يؤدي إلى كبت الطفل بمشاعره، ويؤدي نمو هذه العواطف المكبوتة إلى الانفجار، وحينئذ ينتبه الوالدان. لذا فإن الوالدين ينتهي بهما المطاف إلى مساندة وتعزيز كل السلوكيات التي تعتبر ممقوتة بالنسبة لهما. هناك العديد من الآباء الآخرين بالطبع يكون الأمر لديهم بشكل عام عبارة عن حلقة مفرغة، أو حالة دائمة من التراجع والتقهقر بين الفوضى وبين عدم الصلاحية.



شكل 15-3 : نظرية الاستعداد - المشقة "مارشا لينهان" حول اضطراب الشخصية البينية

اضطراب الشخصية الهستيرية Histrionic Personality Disorder:

السمة الأساسية لاضطراب الشخصية الهستيرية هي السلوك المسرحي المفرط،والسعي لجذب الانتباه، فالأشخاص المصابون بهذا النوع من الاضطراب غالبا ما يلجأون إلى استخدام مظهرهم الجسدي كالملابس غير العادية والماكياج، أو لون الشعر، وذلك لجذب انتباه الآخرين. وعلى الرغم من إظهارهم لعواطف متقدة وطائشة، إلا أن هناك

اعتقادا بأن عواطفهم سطحية وضحلة - فعلى سبيل المثال، قد ينفجر أحد الأشخاص المصابين بهذا النوع من الاضطراب تجاه شخص ما، ويدعوه بأنه أفضل أصدقائه، وذلك لسبب واحد فقط وهو من أجل القيام بإجراء حوار مثير معه في اليوم التالي، ينصب اهتمام هؤلاء الأشخاص حول ذواتهم، ويهتمون بجاذبيتهم الخارجية ويشعرون بعدم الراحة عندما لا يكونون مركز الاهتمام. وقد يكونون غير مثيرين جنسيا، ويستمتعون بالإغراء، ومن السهل أن يتأثروا بالآخرين. غالبا ما يكون حديثهم انطباعيا، ويفتقر إلى التفاصيل، على سبيل المثال، قد يصرحون برأي قوي للغاية، غير أنهم لا يستطيعون تدعيمه على الإطلاق، المريض: إنها كانت الأعظم على الإطلاق القائم بالمقابلة: "ما أجمل شيء تحبه فيها؟" المريض: آه يا إلهي، أنا لست متأكدا، أنا غير قادر على وصف ذلك . تتشابه الحالة المرضية لاضطراب الشخصية الهستيرية مع الاكتئاب، واضطراب الشخصية المتطلب البينية أو الحدية وتعتبر المشاكل الطبية حادة.

أسباب اضطراب الشخصية الهستيرية:

تقترح النظرية النفسية التحليلية أن التمثيل العاطفي، والإغراء الجنسي من السمات الرئيسة لهذا الاضطراب، ويتم تحفيز هاتين الصفتين فى إغراء الوالدين، خاصة السلوك الإغرائي للوالد، تجاه ابنته. تشير النظرية أيضا إلى أن من يعانون هذا الاضطراب قد نشأوا وتربوا في بيئة أسرية يتحدث فيها الأبوان عن الجنس باعتباره شيئا قذرا، غير أن تصرفهم وسلوكهم ينم عن إثارة تجاه الجنس ورغبة في ممارسته. توضح هذه التربية الخاطئة، الانشغال بالجنس،أو اقترانه بالخوف من التصرف بطريقة جنسية واقعية. إن الإظهار المبالغ فيه للعواطف هو أحد أعراض لهذه الصراعات. كما أن الرغبة في احتلال مركز الانتباه ينظر لها كطريقة من طرق الدفاع ضد التقدير المنخفض لذواتهم Apt& Hurlbert, 1994 ، وللأسف فإن تلك النظرية لم يتم اختبارها.

> معيار الدليل التشخيصي DSM-5 لاضطراب الشخصية الهستيرية:
> وجود خمسة أو أكثر من هذه العلامات الدالة على الافراط العاطفي والرغبة في جذب الانتباه خلال فترة البلوغ المبكرة، وأن تظهر في أحد الأشكال التالية:
> * الحاجة الماسة لأن يكون الشخص موضع الاهتمام.
> * السلوك الإغرائي بطريقة جنسية وغير لائقة.
> * التغير السريع في التعبير عن العواطف.
> * استخدام المظهر الجسماني الخارجي لجذب الانتباه نحو الذات.
> * الحديث انطباعي وافتقار إلى التفاصيل.
> * التعبير العاطفي المسرحي المبالغ فيه.
> * المبادرة بتقديم اقتراحات.
> * الانخداع في قراءة العلاقات على أنها علاقات حميمية أكثر مما هي عليه.

اضطراب الشخصية النرجسي Narcissistic personality disorder:

لدى الأشخاص المصابين باضطراب الشخصية النرجسي نظرة متضخمة لقدراتهم ومفعمون بالخيالات الخاصة بالنجاح الكبير كما هى الحال في الحالة السريرية - حالة

معيار الدليل التشخيصي DSM-5 لاضطراب الشخصية النرجسي:
لابد من وجود خمسة أو أكثر من الصفات التالية على أن تحدث خلال فترة البلوغ:
* النظرة المتضخمة للذات وأهميتها.
* الاستغراق في نجاح الشخص، وشهرته وجماله.
* الاعتقاد بأنه من نوع خاص ولا يفهمه الا الأشخاص ذوي الحالة الأعلى.
* الحاجة الشديدة إلى الإعجاب.
* الشعور القوي بأنه الكل في الكل.
* الميل إلى استغلال الآخرين.
* الافتقار إلى التعاطف.
* حسد الآخرين.
* السلوكيات والمعاملات المتغطرسة.

"بوب" . فهم يتخطون الاهتمام القليل بالذات، بل يطلبون الاهتمام والانتباه الدائم تقريبا، والإعجاب المبالغ فيه. تقترن علاقتهم الشخصية الحميمة بحاجتهم إلى التعاطف، وبالغطرسة الممتزجة أو المقترنة بمشاعر الحسد، فهم معتادون على استغلال الآخرين، ومن خلال شعورهم بالكفاءة والأهلية - فهم يتوقعون من الآخرين أن يقوموا دائما بتقديم التعاطف والتأييد الخاص لهم. إن الأشخاص المصابين بهذا النوع من الاضطراب حساسون بدرجة عالية تجاه النقد، وربما يشعرون بالغضب إذا لم يقم الآخرون بإبداء الإعجاب بهم. وهم يميلون إلى البحث عن آباء مثاليين يتخذونهم مثلا أعلى، ولكن عندما يقصر الآباء في تلبية توقعاتهم غير الواقعية، فإنه يتحولون إلى حالة من الغضب والرفض مثل المصابين باضطراب الشخصية المتقلب أو الحياد . كما أنهم قد يستبدلون آباءهم إذا واتتهم فرصة ليكونوا مع آباء في حالة مثالية أعلى. يتزامن هذا الاضطراب في معظم الأحيان مع اضطراب الشخصية الحدي Morey, 1998 .

أسباب اضطراب الشخصية النرجسي:

سنناقش في هذا القسم النموذجين الأكثر تأثيرا فيما يتعلق بأسباب هذا الاضطراب وهما: النموذج النفسي الذاتي، والنموذج المعرفي الاجتماعي. وتعتبر كل من النظريتين بمثابة محاولة لفهم كيفية نشوء هذه الصفات عند أي شخص.

نموذج علم النفس الذاتي Self-psychology model

وضع هاينز كوت Heinz Kohut تحليلا نفسيا متميزا أسماه "علم النفس الذاتي"، والذي شرحه في الكتابين اللذين قام بإصدارهما وهما، تحليل الذات The Analysis Of The self 1971 واستعادة الذات 1977 Restoration of the self ، فقد لاحظ كوت أن الشخص المصاب باضطراب الشخصية النرجسي يظهر أهمية لنفسه، واهتماما بها، وخيالات لنجاح ظاهري غير محدود. إلا أن كوت يقرر في نظريته أن هذه الصفات تصنع تقدير شخصية هش، فالأشخاص المصابون باضطراب الشخصية النرجسي يسعون إلى إشباع رغبتهم في الشهور بالاحترام من خلال مداومة طلبه من الآخرين.

وصف كوت الأساليب الأبوية التي قد تسهم في تطور النرجسية، فعندما يستجيب الوالدان للطفل بدفء، ودعم وحنان، فإنهما يمنحانه شعورا طبيعيا بالدفء الذاتي، أما

برودة الأبوين فتسهم في الشعور بعدم الأمان الذاتي. كذلك فقد أوضح كوت نموذجا تتم فيه المغالاة في تقدير الطفل بوصفه أداة لإبراز التقدير الذاتي للأبوين من خلال إبراز مواهبه وقدراته، إلا أن هذا الطفل يتنامى لديه شعور بالعار إذا ما أخفق، وهنا يفترض كوت أن هذين البعدين الأبويين قد يؤديان إلى مخاطر الإصابة بالنرجسية والبرودة العاطفية إذا ما تمت المبالغة في إبراز إنجازات الطفل. هناك دراسة حالية تشير إلى أن الأشخاص ذوي المستويات العالية من النرجسية يعيشون هذه التجارب مع والديهم أثناء فترة طفولتهم Otway & Vignoles, 2006 .

النموذج الاجتماعي المعرفي Social- Cognitive Model:

يقوم نموذج اضطراب الشخصية النرجسي الذى وضعه كارولني مورف Carolyn Morf و فريدريك روديفالت Frederick Rhodewalt 2001 على فكرتين أساسيتين: 1 أن الأشخاص المصابين بهذا الاضطراب لديهم تقدير هش لذاتهم، وذلك يرجع في جزء منه إلى أنهم يحاولون الاعتقاد بأنهم ذوو وضع خاص، 2 أن التفاعلات الشخصية العميقة تعتبر مهمة بالنسبة لهم من أجل تدعيم تقديرهم لذاتهم، بدلا من اكتساب الحميمة والدفء. وبعبارة أخرى فإنهم بمثابة أسرى لهدف واحد يحقق الحفاظ على النظرة المتضخمة لذواتهم، ويتغلغل هذا الهدف في كل تجاربهم وخبراتهم. يعد العمل الذي قام به مورف وروديفالت مميزا في جزئية مهمة وهي أن لديهما دراسات معملية مصممة ودراسات بحثية تهدف إلى شرح وتوضيح العمليات المعرفية والعاطفية والمتعلقة بالعلاقة بين الأشخاص، والتي ترتبط باضطراب الشخصية النرجسي.

ولكي يقومان بتقييم الفكرة القائلة إن الأشخاص المصابين باضطراب الشخصية النرجسي يحاولون الاحتفاظ بالنظرة المتضخمة لأنفسهم، فقد قام كل من مورف، ورودى فالت. بالنظر في دراسات الانحرافات في كيفية قيام الأشخاص المصابين بهذا الاضطراب بتقييم أنفسهم في الأوساط المختلفة، على سبيل المثال في الدراسات المعملية يبالغ الأشخاص المصابون باضطراب الشخصية النرجسي في تقييم أنفسهم وجاذبيتهم للآخرين أي انجذاب الآخرين نحوهم. ويبالغون في تقدير مساهماتهم في الأنشطة الجماعية، لابد أن يغار الآخرون مني، فلي نصيب الأسد مما أحرزناه من تقدم في الوقت الحالي . وفي بعض الدراسات، قام الباحثون بتقديم أشخاص مع تغذيتهم بطريقة رجعية، بأنهم كانوا ناجحين في مهمة ما بغض النظر عن أدائهم الفعلي ، وبعد ذلك يتم سؤال المشاركين ليسردوا الأسباب التي جعلتهم ناجحين. وفي هذه النوعية من الدراسات فإن الأشخاص المصابين باضطراب الشخصية النرجسي ينسبون النجاح إلى قدراتهم أكثر مما ينسبونه إلى الصدفة أو الحظ، ولذلك فإن مجموعة من الدراسات تفترض أن الأشخاص المصابين

باضطراب الشخصية النرجسي يظهرون انحرافات معرفية إدراكية تساعد على الحفاظ على ضخامة وعظمة المعتقدات الذاتية أو المعتقدات عن الذات.

حالة طبية سريرية: بوب Bob

بوب أستاذ جامعي يبلغ من العمر 50 عاما، لم يسع إلى العلاج إلا بعد إلحاح من زوجته، وفي أثناء المقابلة ذكرت زوجته بعض أمور منها أنه يبدو شديد التركيز على ذاته، وبالترقية التي تنتظره، لدرجة أنه في الغالب ينتقص من قدر الآخرين، وقد كان بوب منكرا لمخاوفها قائلا إنه لم يكن أبدا ذلك الشخص الذي يتسامح مع الحمقى، ولم يستطع أن يجد سببا يبرر قيامه بعرض هذا التسامح - وفي فورة غضب عاصف بدأ يصف مشرفيه، وطلابه وتلاميذه، ووالديه، ومجموعة من الأصدقاء السابقين بأنهم يفتقرون إلى الذكاء الذي يؤهلهم ليكونوا جديرين بصداقته. وقد عبر عن شكره لساعات عمله الطويلة لأجل بحثه الذي يهدف إلى تغيير حياة الناس، واعترف بأنه ما ليسمح لأية أنشطة أخرى بالتدخل مع هذا النجاح.



يستمد اضطراب الشخصية النرجسي Narcissistic، اسمه من القائد الإغريقي الأسطوري Narcissus الذي وقع في حب صورته المنعكسة، وقد انتحر بمحض إرادته ليتحول تحويله إلى وردة

ولتقييم إذا ما كان الأشخاص المصابون باضطراب الشخصية النرجسي لديهم تقدير هش لأنفسهم، قام مورف ورودیفالت بمراجعة الدراسات التي تتناول مدى اعتمادهم في تقديرهم لذاتهم على التغذية الرجعية الخارجية على سبيل المثال عندما يتم إخبارهم عن طريق الخطأ أنهم فشلوا في اختبار IQ، فإنهم يظهرون المزيد من الرجعية أكثر من الآخرين، وبالمثل فإنهم يظهرون المزيد من الرجعية أو النشاط الرجعي عندما يتم إخبارهم أنهم قد نجحوا في شيء ما. ويقول كل من مورف ورودیفالت إن هذه القابلية للإصابة وإمكانية تأثر تقديرهم لأنفسهم بالتغذية الرجعية الخارجية، تنبع من محاولتهم الحفاظ على رأيهم المتضخم في أنفسهم.

وطبقا لما تقوله هذه النظرية، فإن الأشخاص المصابين باضطراب الشخصية النرجسي يتفاعلون مع الآخرين، حيث إن هدفهم المبدئي يتمثل أو ينحصر في تدعيم تقديرهم لذاتهم. ويؤثر هذا الهدف في كيفية تصرفهم تجاه الآخرين بعدة طرق. أولا: هم

يميلون إلى التفاخر كثيرا، وذلك يـؤدي دورا جيـدا في البدايـة، ولكـن مـع مـرور الوقـت، ينظـر الآخرون إلى التفاخر باستمرار وبشكل متكرر، بطريقة سلبية، ثانيا. عندما يقوم أحد الأشـخاص الآخرين بتقديم أداء أفضل مما هو مطلوب منه في مهمة ما تعتبر مرتبطة بتقدير الذات، فإنه بذلك سيكون قد أضر بسمعة الشخص الآخر، حتى إذا كان من المتعين عليه أن يقوم بـذلك في حضور هذا الشخص. وهذا يعني أنه من المهم جـدا بالنسـبة لـه أن ينـال الإعجـاب أو يحقـق نجاحا تنافسيا أكثر من الأهمية المتمثلة في وجوب اقترابه من الآخرين. ويعمل هذا الإطار على تسهيل مهمة فهم السـؤال المتمثـل في: لمـاذا يقـوم الأشـخاص المصـابون باضـطراب الشخصـية النرجسي بأشياء منفرة للآخرين؟ وأن اهتمامهم الرئيس يتمثل في كسب العلاقـات الحميمـة أو "الفوز" وليس "اكتسابها" أو الحفاظ عليها Campbell, 2007 .

نبذة سريعة:

تشـمل اضـطرابات الشخصـية المتدرجـة في المجموعـة الشـاذة/ الغريبـة المجموعـة أ اضطراب الشخصية الارتيابية، واضطراب الشخصية الفصـامي، والاضـطراب شـبه ذي الـنمط الفصامي. الأشخاص الذين يعانون اضطرابات ظنية في الشخصية كثيرو الشك في الآخرين. أما المصابون باضـطراب الشخصـية الفصـامي فـإنهم معزولـون اجتماعيـا والأشـخاص المصـابون باضطراب الشخصية ذي النمط الفصـامي فـإنهم يتسـمون بغرابـة الأفكـار والسـلوك. تشـير الدراسات الوراثية السلوكية إلى أن اضطراب الشخصية ذي النمط أو الطابع الفصامي يرتبط مع الفصام. ويبدو أن المجموعة أ ترتبط بالوراثة بصورة كبيرة.

تشمل المجموعة المسرحية/ الشاذة المجموعة ب اضطراب الشخصية المناهض للمجتمع APD ، اضـطراب الشخصـية الحـدي BPD ، واضـطراب الشخصـية الهسـتيرية واضـطراب الشخصية النرجسي، وتشمل السمات الأساسية التي يتصف بهـا اضـطراب الشخصـية المنـاهض للمجتمع: خـرق القواعـد، وعـدم مراعـاة مشـاعر الآخـرين، وعـدم مراعـاة المبـادئ والقواعـد الاجتماعية. يرتبط المرض النفسي باضطراب الشخصية المناهض للمجتمع ولكنه غـير محـدد في الدليل التشخيص DSM، حيث إن معايير المرض النفسي تركز على التجارب والخبرات الداخلية أكثر من تركيزها على السلوك. أما اضطراب الشخصـية الحـدي فيتحـدد مـن خـلال العاطفيـة المشـتعلة، والشخصـية المتقلبـة، والاندفاعيـة. بيـنما يتسـم اضـطراب الشخصـية الهسـتيرية بالاستعراضات العاطفية المبـالغ فيهـا، في حـين يتسـم اضـطراب الشخصـية الـنرجسي بالتقـدير المتضخم للذات بدرجة مرتفعة، وحاجة عميقة للإعجاب.

عند القيام بقياس دقيق، فإن كلا من اضطراب الشخصية المناوئ للمجتمع والمرض النفسي قابل للانتقال الوراثي بدرجة معتدلة - وبعيدا عن الجينات، فإن البيئة الأسرية والثقافة يبدو أنها تعلب دورا في ظهور هذا النوع من الاضطراب.

يعتبر المرضى النفسيون قليلي الشعور بالقلق، حيث إن معاملتهم القاسية مع الآخرين ربما تكون مرتبطة أيضا بحاجتهم وافتقادهم إلى التعاطف. فالمرضى النفسيون يعانون قصورا في استخدام التغذية الرجعية والسلبية عندما يسعون إلى المكافأة - وهذا يعني أنهم يتصرفون باندفاع. ومن الممكن أن يقودهم عدم الإحساس بالقلق هذا، والافتقاد إلى التعاطف وكذلك الاندفاع من الممكن أن يقودهم إلى إساءة التصرف بدون أن يكون هناك شعور بالندم.

هناك دليل على أن اضطراب BPD ينتقل عبر الوراثة، وأن إمكانية انتقاله وراثيا ربما تكون مرتبطة بصفة خاصة بالفوضى العاطفية الأكبر، ومرتبطة بالاندفاع أيضا. ومما يتفق مع العاطفية الشديدة، كما أن المصابين باضطراب BPD يظهرون نشاطا متزايدا في اللوزة، ومعدلات عالية اضطرابات المزاج. ومما يتفق مع أعراض الاندفاع، تشير الأبحاث إلى وجود انخفاض في نشاط الفص الأمامي بين الأشخاص المصابين باضطراب -BPD، وظهور معدلات عالية من الاضطرابات لدى الأقارب من الدرجة الأولى بما في ذلك الاندفاعية.

يقر المصابون باضطراب BPD بارتفاع معدلات الاساءة لديهم، ويقوم نموذج لينهان Lienhan على المعدلات المرتفعة من إساءة المعاملة وعدم الصلاحية الوالدية عند المصابين باضطراب BPD، ويؤكد أيضا على الاستعداد البيولوجي للفوضى العاطفية.

إن معرفة الباحثين بجذور اضطرابات الشخصية الهستيرية قليلة نسبيا. حيث إن هناك اعتقادا بأن هذا الاضطراب في الشخصية يرتبط بضعف التربية الوالدية.

وفقا لنظرية المرض النفسي للذات والخاصة باضطراب الشخصية النرجسي، فإن الوالدين المنفصلين واللذين يركزان على استحقاقهما وجدارتهما الشخصية، يفشلان في مساعدة الطفل على تنمية شعور ثابت بالتقدير الذاتي أو الجدارة الذاتية، أما النظرية الاجتماعية المعرفية، فإنها تفترض أن سلوك الشخص المصاب باضطراب الشخصية النرجسي يتشكل من خلال أو عن طريق هدفه في حماية خصوصيته، واعتقاده بأن الهدف من التفاعلات الشخصية الداخلية هو تدعيم التقدير والجدارة الذاتية. أو تقدير الذات.

المجموعة القلقة/ الخائفة Anxious/ Fearful Cluster:

تشمل المجموعة القلقة/ الخائفة اضطراب الشخصية الاجتنابي أو التجنبي Avoidant Personality Disorder، واضطراب الشخصية التابع Dependent

Personality Disorder، واضــطراب الوســواس القهــري Obsessive compulsive Personality Disorder. وبشكل عام، فإن الأشخاص المصابين بهذه الأنـواع مـن الاضـطرابات يتسمون بالقلق والحزن.

اضطراب الشخصية التجنبي Avoidant Personality Disorder:

يخشى الأشخاص المصـابون باضـطراب الشخصـية التجنبي بشكل كبير من النقد والرفض وعـدم القبـول، لدرجة أنهم قد يعزفـون عـن الالتحـاق بالوظـائف، أو يعرضون عن إقامة العلاقات حتى يحموا أنفسهم مـن التغذية الرجعية السـلبية، وهـم مقيـدون في المواقـف الاجتماعية، وذلك بسبب خوفهم البـالغ مـن قـول أي كلام قد يكون ذا معنى سخيف، والخوف من الإحراج، والخجل، أو خوفا مـن إظهـار علامـات أخـرى للقلـق. وهـم يعتقـدون أنهـم غـير أكفـاء، وأقـل مرتبـة مـن الآخرين، وهم أيضا يمتنعون عن خـوض أي مغـامرات للقيام بأنشطة جديدة.

معيار الدليل التشخيصي DSM-5 لاضطراب الشخصية الاجتنابي:

وجود نمط مستمر مـن الانعـزال الاجتماعـي والشعور بعدم الكفاءة والحساسية المفرطـة تجاه النقد على أن تظهر من خلال أربعة أو أكثر من هذه العلامـات خـلال فـترة البلـوغ المبكرة، وأن تظهر في أحد الأشكال التالية:

* تجنب الأنشطة المهنية التي تتضـمن قـدرا عاليا من التواصل مع الآخرين، خوفا مـن النقد أو الرفض.
* عدم الرغبـة في الانخـرط مـع الآخـرين إلا عند التأكد من رغبتهم في ذلك.
* الخـوف مـن العلاقـات الحميميـة مخافـة الاحراج أو الاستهانة به.
* الانشـغال بالانتقـادات والـرفض الموجـه للشخص.
* النظر للذات على أنها متدنية اجتماعيا.
* الاهـتمام غـير العـادي بالقيـام بأنشـطة جديدة لإثبات عدم وقوعهم في الحرج.

يـرتبط اضـطراب الشخصـية التجنبـي بـالخوف المرضي، وربما يكون ذلـك ناتجـا عـن تشـابه المعـايير التشخيصـية لكلـيهما Skodol et al, 1995 ، بـل ويرى البعض أن اضطراب الشخصية التجنبي في ذاته قد يكون دليلا على الإصابة بالخوف المرضي Alden, Laposa, Taylor, et al., 2002 إن اضـطراب الشخصـية التجنبـي والخـوف الاجتماعـي يرتبطان بمجموعة أعراض يطلق عليها Taijin Kyoufusho والتي تحدث في اليابان وتعني كلمة Taijin "بين الأشخاص"، أما كلمة Kyoufusho فتعني "الخوف"، والأشخاص المصابون بمرض Taijin Kyoufusho يتشابهون مع المصابين باضطراب الشخصية التجنبي، والخـوف المرضي من المجتمع، فيما يتعلق بشدة حساسـيتهم عنـد المواقـف التـي تحـدث بيـنهم وبين الأشخاص الآخرين، كما أنهم يتحاشون الاحتكاك أو الاتصـال بالأشـخاص الآخـرين. غير أن ما يخافونه يعتبر مختلفا نوعا ما عن مخاوف أولئك الأشخاص الـذين يخضـعون لتشخيصات DSM، فـالمرضى الـذين يعـانون الخـوف البينشـخصي الاجتماعـي Taijin

Kyoufusho يميلون إلى أن يكونوا قلقين أو يشعرون بالخجل من الكيفية التي يؤثرون بها أو يظهرون بها أمام الآخرين - فمثلا هم يخافون من أن يكونوا مزعجين أو لأجسادهم رائحة منفرة Ono, Yoshimura, Sueoka, et al., 1996 .

إننا لا نعرف سوى القليل عن أسباب حدوث اضطراب الشخصية التجنبي وربما يكون السبب في هذا هو أن كثيرا من المصابين لا يستسيغون فكرة إجراء المقابلات البحثية، ويظهر هذا النوع من اضطرابات الشخصية لدى نحو 27 إلى 35 بالمئة من بين الأشخاص Reichborn- Kjennerud, Gzajkowwski, Neal, et al., 2007, Torgersen, et al.,2002 . أما القابلية الجينية للاصابة باضطراب الشخصية التجنبي فهي ترتبط أيضا بالقابلية الجينية للاصابة باضطراب الخوف الاجتماعي Reichborn- Kjennerud, Gzajkowwski, Torgersen, et al.,2007 . كذلك فقد ركز واضعو النظريات على دور التجارب التي تشهدها الطفولة المبكرة، فعلى سبيل المثال، فهناك اعتقاد بأن اضطراب الشخصية التجنبي يحدث عندما تتم معاملة الطفل بقسوة فيبدأ في الخوف من مواجهة الأشخاص والمواقف التي قد لا يراها الآخرون ضارة.

حالة سريرية: ليون Leon:

"ليون Leon" رجل يبلغ من العمر 45 عاما، كان يبحث عن علاج للاكتئاب الذي ادعي أنه قد يتعرض له باستمرار تقريبا منذ أن كان في الصف الدراسي الأول. أثناء المقابلة أبدى ليون شعورا بعدم الارتياح من الناحية الاجتماعية طوال فترة حياته كما يذكرها، فعندما بلغ الخامسة من عمره، كان يتعرض للقلق الشديد تجاه الأطفال الآخرين، ويصبح عقله "فارغا" إذا خاض موقفا يتطلب منه أن يقوم بالحديث أمام الآخرين، فهو يخشى منذ صغره حفلات أعياد الميلاد، والإجابة في الفصل، ومن مقابلة الأطفال الآخرين. وبالرغم من أنه كان قادرا على اللعب مع بعض أطفال الجيران، إلا أنه لم يكن له "صديق حميم" على الإطلاق، ولم يسبق له أن خرج أبدا في موعد غرامي، وبالرغم من أنه كان متفوقا من الناحية الأكاديمية في المدرسة الثانوية، إلا أن مستوى درجاته قد هبط في الكلية، والتحق بإحدى الوظائف في مكتب البريد بعد التخرج، وكان سبب اختياره لتلك الوظيفة أنها لا تحتوى على الكثير من التفاعل والاحتكاك الاجتماعي Spitzer, Gibbon, Skodol, et al., 1994 .

اضطراب الشخصية الاعتمادية Dependent Personality Disorder

أهم الملامح الرئيسة لاضطراب الشخصية الاعتمادية Dependent Personality Disorder تتمثل في الاعتماد الزائد على الآخرين، وعدم الثقة في النفس، فالأشخاص الذين يعانون اضطراب الشخصية التابع في حاجة ماسة للاهتمام بهم، وهو ما يؤدي بهم إلى الشعور بعدم الارتياح إذا ما بقوا وحدهم، وهؤلاء يخضعون حاجاتهم ويضعونها في مرتبة تالية لحاجتهم إلى الشعور بالاطمئنان في ظل العلاقات الحمائية الوطيدة التى يبنونها، وعندما تنتهي علاقة صداقة حميمة فإنهم يلحون في البحث عن علاقة أخرى لتحل محل العلاقة المنتهية، فهم يرون أنفسهم ضعافا، ويلجأون إلى الآخرين للحصول على المساندة واتخاذ القرار. توضح حالة "ماثيو Matthew" مثالا على اضطراب الشخصية الاعتمادية.

معيار الدليل التشخيصي DSM-5 لاضطراب الشخصية الاعتمادية:
وجود حاجة ماسة إلى من يعتني بالشخص على أن تظهر من خلال خمس أو أكثر من هذه العلامات خلال فترة البلوغ المبكرة وأن تظهر في أحد الأشكال التالية:
* صعوبة اتخاذ القرارات بدون أخذ نصائح مكثفة وتأكيدات من الآخرين.
* الحاجة إلى الآخرين ليتحملوا المسئولية عن معظم النواحي الرئيسة في الحياة.
* صعوبة الاختلاف مع الآخرين خوفا من فقدان دعمهم ومساندتهم له.
* الخوف من القيام بأمر مزعج خشية فقدان دعم الآخرين.
* صعوبة القيام بالأشياء اعتمادا على النفس فقط، نظرا لغياب الثقة في النفس.
* القيام بأمور مزعجة كوسيلة لنيل دعم الآخرين وتقبلهم.
* الشعور بالعجز في حالة الوحدة، نظرا للافتقار إلى الثقة في القدرة على العناية بالذات.
* السعي لإقامة علاقة جديدة بمجرد انتهاء علاقة قائمة.
* الاستغراق في المخاوف من الاهتمام بالنفس.

تتضمن معايير الدليل التشخيصي DSM لاضطراب الشخصية الاعتمادية بعض السمات التي لم ترتبط بأي سند بحثي، خاصة المعايير التي تصور الأشخاص المصابين باضطراب الشخصية الاعتمادية على أنهم مستسلمون للغاية. مثلا: يجدون بدء الموضوعات، والمشاريع، أو القيام بالأشياء اعتمادا على أنفسهم، وغير قادرين على الاختلاف مع غيرهم، ويسمحون للآخرين باتخاذ قرارات بدلا عنهم . إلا أن الأبحاث تشير إلى أن الأشخاص المصابين باضطراب الشخصية الاعتمادية يستطيعون فعليا أن يقوموا بالأشياء الضرورية لحماية علاقة حميمية، وذلك قد ينطوي على الاحترام الشديد لرغبات الآخرين، والسلبية. غير أنه في الوقت ذاته قد ينطوي بذات القدر على اتخاذ خطوات جادة من أجل الحفاظ على العلاقة Bornstein, 1997 .

تتزايد نسبة انتشار اضطراب الشخصية الاعتمادية في الهند واليابان عما هي عليه في الولايات المتحدة الأمريكية، وربما يرجع هذا إلى أن هذه المجتمعات تشجع بعض

السلوكيات التي قد يمكن وصفها بأنها سلوكيات تبعية. ويتزامن حدوث اضطراب الشخصية الاعتمادية في الغالب مع بعض الاضطرابات الأخرى منها اضطراب الشخصية الحدي، و"الفصامي " والهستيرية، وذي النمط الفصامي، و"التجنبي" وكذلك اضطرابات الحالة المزاجية، واضطرابات القلق. والشراهة.

تتباين قابلية الإصابة باضطراب الشخصية التجنبي تبعا لكثير من الدراسات Reichborn- Kjennerud, et al.,2007, Torgersen, et al., 2000 . تركز النظريات على العلاقات الأبوية، ويرى الباحثون أن اضطراب الشخصية الاعتمادية قد ينتج عن أنماط أبوية حمائية أو سلطوية؛ تؤدي إلى تطور الشعور بعدم الاكتفاء الذاتي Bronstien, 1997 ، وقد يكون اضطراب الشخصية الاعتمادية مرتبطا أيضا بمشكلات الارتباط Livesley, Schroeder, & Jackson, 1990 ، وفي مراحل التطور الصحي فإن الصغار يرتبطون بشخص بالغ واستخدام هذا الشخص البالغ كقاعدة للشعور بالأمان، ومن خلاله يستكشف ويحدد أهدافه الأخرى، وتشير الإجراءات البحثية إلى أن الأطفال يصبحون أقل اعتمادا على وجود الارتباط أو الشخص المرتبط به، وذلك فيما يتعلق بالأمن، ومن الممكن أن تعكس سلوكيات الارتباط غير الطبيعية التي يمكن رؤيتها في اضطراب الشخصية الاعتمادية، ويمكن أن تعكس حدوث شئ ما خلال المرحلة المبكرة للعلاقة الأبوية مثل الوفاة، أو الإهمال، أو الرفض، أو الحماية.

حالة سريرية: "ماثيو Matthew"

"ماثيو Matthew" شاب عمره 34 عاما، كان يبحث عن علاج بعد انفصاله عن صديقته. كانت أمه التي يعيش معها، رافضة لخطط زواجه لأن صديقته التي يريد أن يتزوجها تنحدر من أصول دينية مختلفة. علم ماثيو أنه لا يستطيع الزواج من صديقته بدون موافقة والدته، وذلك لأنها أمه و"الدم لا يصير ماء"، وبالرغم من قيامه بفسخ الخطوبة، إلا أنه كان ساخطا على أمه، وكان يخشى من أن لا توافق على أية فتاة يرغب في الزواج منها. وقد قال إنه كان خائفا من عدم التوافق مع أمه، لأنه لا يرغب في أن يضطر إلى "الاعتماد على نفسه" Spitzer, et al., 2002 .

اضطراب الشخصية الوسواسية القهرية Obsessive-Compulsive Personality Disorder:

الشخص المصاب باضطراب الوسواس القهرى هو شخص كمالي يسعى للكمال يهتم بالتفاصيل، والقواعد، والإجراءات، فالأشخاص المصابون بهذا النوع من الاضطراب يعيرون الكثير من الانتباه للتفاصيل الدقيقة لدرجة أنهم يفشلون في إنهاء المشروعات، فهؤلاء يميلون إلى العمل بشكل أكبر من توجههم نحو المتعة، وهم يواجهون صعوبة أكيدة

في اتخاذ القرارات مخافة الخطأ ويجدون صعوبة أيضا في توزيع الوقت مخافة أن ينصرف تركيزهم إلى الشيء الخطأ . وغالبا ما تكون علاقاتهم الشخصية ضعيفة وذلك لأنهم يتسمون بالعناد، ويطلبون أن يتم القيام بكل شيء على طريقتهم، وغالبا ما يصبحون معروفين بأنهم "متحكمون في نزواتهم" وبشكل عام، فإنهم يتسمون بالجدية والصلابة، والرسمية، وعدم المرونة خاصة فيما يتعلق بالمسائل الأخلاقية، فهم غير قادرين على التخلص من الموضوعات والأهداف التافهة والمرهقة. حتى أولئك الخالين من أي قيمة عاطفية، والذين هم عرضة لأن يكونوا مقتصدين بدرجة مبالغ فيها، لدرجة تثير اهتمام المحيطين بهم.

معيار الدليل التشخيصي DSM-5 لاضطراب الشخصية الوسواسي القهري:
وجود حاجة لاصدار الأوامر والسعي للكمال والسيطرة على أن تظهر من خلال أربع أو أكثر من هذه العلامات خلال فترة البلوغ المبكرة وأن تظهر في أحد الأشكال التالية:
حاجة ملحة للقيادة والكمال والسيطرة تظهر من خلال أربع صفات على الأقل مما يلي خلال فترة المراهقة المبكرة وتتحقق من خلال عدة أشكال:
* الانشغال المسبق بالقواعد، والتفاصيل، والنظام لدرجة تؤدي إلى ضياع الفكرة الأساسية في النشاط.
* الكمالية المتطرفة المتعارضة مع إتمام المهمة.
* المبالغة في الانكباب على العمل لدرجة الابتعاد عن الاستمتاع والصداقة.
* عدم المرونة بشأن الأخلاق والقيم.
* صعوبة التغاضي عن الأمور التافهة.
* عدم التدخل حتى يوافق الآخرون على معاييره.
* البخل والشح.
* التصلب والعناد.

يختلف اضطراب الشخصية الوسواسية القهرية تماما عن اضطراب الوسواس القهري OCD على الرغم من تشابههما في الاسم. حيث إن اضطراب الشخصية لا يتضمن الهواجس والاندفاعات التي يتسم بها الأخير، ورغم هذا فإنهما كثيرا ما يقترنان ببعضهما البعض Skodol, Oldham, Hyler, et al., 1995 في حقيقة الأمر، وأكثر اضطرابات الشخصية ارتباطا باضطراب الشخصية الوسواسي القهرى هو اضطراب الشخصية التجنبية.

هناك القليل من الأبحاث التي تناولت أسباب اضطراب الشخصية الوسواسي القهري، وتوضح اثنتان من دراسات التواءم تقديرات متضاربة حول القابلية الوراثية Reichborn-Kjennerud, Czajkowski, Neal, et al., 2007; Torgersen, Lygren, Oien, et al., 2000 ، وهناك بعض المؤشرات تقول بأن الاستعداد الجيني المرتبط باضطراب الشخصية الوسواسية القهرية يتزايد مع اضطراب الوسواس القهري، فأفراد العائلة المصابون باضطراب الوسواس القهري لديهم ميل للإصابة باضطرابات الشخصية الوسواسية القهري مثل السعي إلى الكمال Calvo, Lazaro, Castro- Fornieles, et al., 2009 .

علاج اضطرابات الشخصية:

من المهم أن نضع في اعتبارنا أن العديد من الأشخاص الذين يعانون اضطرابات الشخصية يلجأون إلى العلاج لسبب آخر بخلاف اضطراب الشخصية، فعلى سبيل المثال، قد يسعى شخص مصاب باضطراب الشخصية المناهض للمجتمع للبحث عن العلاج لمشاكل تتعلق بتعاطي العقاقير، بينما أن شخصا مصابا باضطراب الشخصية التجنبي قد يبحث عن علاج من الخوف المرضي من المجتمع، وربما يسعى أحد المرضى المصابين باضطراب الوسواس القهري إلى المساعدة في علاج الاكتئاب. ويتم تشجيع الأطباء السريريون إلى تحديد إذا ما كان هناك اضطراب في الشخصية لأن اضطرابات الشخصية تظهر تحسنا بطيئا أثناء العلاج النفسي Crits-Christoph& Barber, 2002, Hollon& DeRubeis, 2003 ، وهنا سنستعرض طرق المعالجة أعراض اضطرابات الشخصية، وسنبدأ بوصف المناهج المرتبطة باضطرابات شخصية متعددة ثم نناقش طرق العلاج المحددة لأنماط معينة من اضطرابات الشخصية.

مناهج عامة في معالجة اضطرابات الشخصية:

في مراجعة شملت 15 دراسة فإن 52% من المصابين باضطرابات الشخصية قد تم شفاؤهم في خلال مدة تراوحت عند 15 شهرا من المعالجة Perry, Banon & Ianni, 1999 ، ومعظم هذه الدراسات تدرس فاعلية إحدى الطريقتين، إما المعالجة اليومية، وإما العلاج النفسي وذلك على الرغم من أنها لم تشمل مجموعة ضابطة، ولكنها تقارن المرضى بمن يتلقون العناية الطبية القياسية، وهي تشير إلى أن نصف اضطرابات الشخصية يتم الشفاء منها بشكل طبيعي انظر شكل 15-1 . كما أن دراسات العلاج النفسي قد بينت أن هناك حاجة إلى مقارنة المعالجة النشطة من خلال مجموعة ضابطة.

قد يحضر الأشخاص الذين تظهر عليهم أعراض خطيرة لاضطرابات الشخصية برنامج علاج يومي يقدم معالجة نفسية، سواء ضمن المجموعات أو بشكل فردي، وذلك لعدة ساعات في كل يوم، وبطبيعة الحال فإنه يشيع استخدام جلسات العلاج النفسي مع العلاج الاجتماعي والمهني، ويتفاوت طول هذه البرامج، إلا أن بعضها قد يستغرق شهورا عديدة، وتميل البرامج إلى تعدد الطرق التي يتم استخدامها للمعالجة، فبينما تعرض بعض البرامج طرقا نفسية ديناميكية، فهناك برامج أخرى تقدم طرقا داعمة، في حين تظل بعض البرامج الأخرى تقدم علاجا أو معالجات سلوكية معرفية، وبعيدا عن برامج العلاج اليومي فإن العديد من المرضى يمكن رؤيتهم بشكل فردي في العلاج النفسي خارج المستشفى.

يهدف المعالج النفسي الديناميكي إلى تنبيه المريض إلى مشاكل الطفولة التي يفترض وقوعها في ظل اضطراب الشخصية، فعلى سبيل المثال، فإن المعالجين النفسيين الديناميكيين قد يرشدون مريضا يعاني اضطراب الوسواس القهري فيرشدونه إلى إدراك

أن الفوز بحب والديه أثناء طفولته لم يتطلب أن يكون كاملا، وليس في حاجة إلى الانتقال بهذا السعي إلى الكمال خلال مرحلة البلوغ، وأنه لا يحتاج إلى أن يكون كاملا لنيل استحسان الآخرين، بل من الممكن أن يرتكب أخطاء بدون أن يتخلى عنه أولئك الذين يسعى إلى حبهم، وتتضمن الدراسات النفسية الديناميكية العديد من اضطرابات الشخصية.

جدول 15-5 : أمثلة للأفكار المعرفية غير التكيفية والمفترض ارتباطها بكل نوع من اضطرابات الشخصية

اضطراب الشخصية	الأفكار غير التكيفية
التجنبي Avoidant	إذا عرف الناس حقيقتي فسوف ينبذونني.
التبعي Dependent	إنني في حاجة للناس كي أحيا، وأحتاج إلى التشجيع والاطمئنان الدائمين.
الوسواس القهري-Obsessive Compulsive	إنني أعرف ما هو أفضل شيء، فعلى الناس أن يتصرفوا بشكل أفضل ومثابرة أكبر.
الارتياب Paranoid	لا تثق في أي شخص، توخي الحذر.
مناهضة للمجتمع Antisocial	لدي الحق في كسر القواعد، الآخرون استغلاليون.
النرجسي Narcissistic	طالما أن لي وضعا خاصا، فإنني جدير بأن تكون لي قواعد خاصة. أنا أفضل من الآخرين.
الهستيرية/ المصطنع Histrionic	وجد الناس كي يخدموني، ويعجبوا بي.
الفصامي Schizoid	إن الآخرين جاحدون. العلاقات فوضوية وغير مستحبة.

المصدر: Beck & Freeman 1990

وبالنسبة للمعالجة المعرفية لاضطرابات الشخصية، فإن "آرون بيك Aron Beck" وزملاؤه 1990 قاموا بتطبيق ذات النوع من التحليل الذي يتم استخدامه في معالجة الاكتئاب، ويتم تحليل كل اضطراب من اضطرابات الشخصية بلغة المعتقدات المعرفية السلبية التي قد تساعد في توضيح نموذج وشكل الأعراض. انظر جدول 15-5 على سبيل المثال، فإن المعالجة المعرفية للشخص الكمالي المصاب باضطراب الوسواس القهري تستلزم في البداية إقناع المريض بقبول جوهر النموذج المعرفي، وهو أن المشاعر والسلوكيات تعتبر في الأساس وظيفة من وظائف الأفكار، ويتم استكشاف الأخطاء في

المنطق بعد ذلك، ومثل ذلك فعندما يقوم المريض باستنتاج أنه لا يمكنه أن يقوم بأي شيء صحيح وذلك بسبب الفشل في إحدى المحاولات الخاصة، فيبحث هذا المعالج أيضا عن الافتراضات التي تتعلق بالخلل الوظيفي، والخطة التي قد تستند إليها أفكار الشخص ومشاعره، وإضافة للتحديات المعرفية فإن منهج "بيك" بشأن اضطرابات الشخصية يرتبط بالعديد من أساليب المعالجة السلوكية.

من المحتمل أن تكون الصفات التي تتصف بها الاضطرابات الشخصية متأصلة بحيث يصعب تغييرها بشكل كامل، وبدلا من ذلك، فإن المعالج- بغض النظر عن التوجه النظري- قد يجد أنه من الأكثر واقعية أن يتم تغيير الاضطراب إلى أسلوب أو إلى طريقة أكثر تكيفا للتعايش مع الحياة Millon, 1996 .

وفي الجزء التالي فإننا سنصف خيارات محددة للمعالجة لاضطرابات الشخصية الواردة في الدليل التشخيصي في إصداره الخامس، ونظرا لأننا لا نعرف سوى القليل نسبيا، فإننا سنركز على أربعة اضطرابات للشخصية، وسنستعرض طرق علاج اضطراب الشخصية ذي النمط الفصامي، واضطراب الشخصية المناهض للمجتمع، والمرض العقلي بإيجاز قبل تناول طرق علاج اضطراب الشخصية الحدي.

طرق علاج اضطراب الشخصية ذي الطابع الفصامي، والتجنبي والمرض النفسي:

تقوم طرق علاج اضطراب الشخصية ذي الطابع الفصامي على الربط بين هذا الاضطراب والفصام، خاصة العقاقير المضادة للذهان مثل الريزبيردون - Risperidone، واسمه التجاري ريزبيردال Risperdal وتظهر هذه العقاقير بعض الفاعلية في علاج اضطرابات الشخصية ذي الطابع الفصامي Raine, 2006 ، وتساعد هذه الطريقة على خفض التفكير غير الاعتيادي، كما أنه يمكن لمضادات الذهان أن تقدم بعض المساعدة في أعراض اضطراب الشخصية ذي الطابع الفصامي، وهناك القليل من الأبحاث التي تناولت المناهج النفسية لعلاج اضطراب الشخصية ذي الطابع الفصامي.

يبدو أن اضطراب الشخصية التجنبي يستجيب إلى نفس طرق العلاج الفعالة مع هؤلاء الذين يعانون الخوف الاجتماعي المرضي، فيمكن للعقاقير المضادة للذهان أن تكون مفيدة بنفس درجة العلاج المعرفي Reich, 2000 فالشخص الذي يعاني اضطراب الشخصية من النوع التجنبي يكون حساسا للغاية تجاه النقد، ويمكن معالجة هذه الحساسية عن طريق التدريب على المهارات الاجتماعية في كيفية تقبل النقد، وذلك من خلال تقليل هذه الحساسية بطريقة منهجية منظمة، أو عن طريق المعالجة المعرفية Renneberg, Goldstein, Philips, et al, 1990 ، وهناك مجموعة من طرق العلاج المعرفي يمكن أن توفر فرصا لتكوين تفاعلات سلوكية معرفية في بيئة آمنة Alden,

1989 . يحتاج اضطراب الشخصية التجنبي إلى علاج مكثف ومستمر أكثر من اضطراب الخوف الاجتماعي.

وبرغم التفاؤل الذي اتسمت به وجهات النظر حول إمكانية علاج المرض النفسي مثل: Cleckley, 1976 فقد تناولت دراسة تحليلية تم إجراؤها على 42 دراسة للعلاج السيكولوجي للمرضى العقليين، وأشارت إلى أن هذا النوع من العلاجات قد يفيد Salekin, 2002 ، وقد واجهت هذه الدراسات العديد من المشاكل المنهجية وكان بها مشاكل منهجية كثيرة، إلا أن 17 دراسة من هذه الدراسات تتضمن 88 شخصا مرضى عقليين، وجدت هذه الدراسات أن العلاج النفسي التحليلي كانت مفيدة للغاية في مجالات معينة مثل تحسين العلاقات الشخصية، وزيادة القدرة على الشعور بالندم، والتعاطف، وتقليل كمية الكذب، والتحرر من الخطر، والحفاظ على التحكم في الأداء الوظيفي، وقد وجدت نتائج إيجابية وآثار علاجية فعالة مشابهة في خمس دراسات تقوم بتوظيف تقنيات سلوكية معرفية، وقد تضمنت هذه الدراسات 246 مريضا عقليا. كانت المعالجة أكثر إفادة بالنسبة للمرضى الأصغر سنا، وكان من المتعين لكي يكون العلاج فعالا تماما، أن يكون مكثفا وشديدا، بمعنى أنه يتم إجراؤه خمس مرات أسبوعيا لمدة عام على الأقل - جرعة كبيرة جدا من العلاج النفسي أيا كان التوجه النظري للفرد، وهذه هي النتائج الإيجابية التي تستحق الملاحظة، والتي أشاعت اعتقادا واسعا بأن المرض العقلي يعتبر في الأساس من المتعذر علاجه، ومع ذلك فإنه كلما تحلى الباحثون بالتفاؤل حول الجهود والمحاولات فإننا سوف نجد تعليقاتهم التحذيرية جديرة بالذكر في نهاية المقال، فقد قال أحدهم "إن البحث في حاجة إلى بذل بعض المحاولات لتحديد ما إذا كان العميل أو العملاء ذوي حالة جيدة متوهمة في دراسات العلاج، أم هل تعتبر التغييرات حقيقية" Salekin,2002, p. 107 .

علاج اضطراب الشخصية الحدي Border Line Disorder:

هناك قليل من المرضى يفرضون تحديا كبيرا في المعالجة أكثر من أولئك الذين يعانون اضطراب الشخصية الحدي، وبغض النظر عن نوع العلاج الذي يتم استخدامه، فإن الأشخاص المصابين باضطراب الشخصية الحدي يميلون إلى إظهار مشاكلهم الشخصية تجاه المعالجين بقدر ما يفعلون في العلاقات الأخرى. ولأن هؤلاء المرضى يجدون أنه من الصعب للغاية أن يثقوا في الآخرين، إلا أن المعالجين يجدون أنه من الصعب جدا الاستمرار أو الحفاظ على العلاقة العلاجية حيث إن المريض يقوم بدلا من ذلك، بجعل الطبيب رجلا مثاليا والقدح في سمعته وتشويهها، مطالبا باهتمام خاص، والتفكير أثناء جلسات المعالجة في ساعات غريبة والمكالمات التليفونية التي لا حصر لها أثناء فترات الأزمة الخاصة، ويتوسلون إلى الطبيب المعالج للحصول على الفهم والدعم والمساندة، لكنهم يصرون على أن بعض الموضوعات تعتبر بلا قيود.

يمثل الانتحار دائما مخاطرة كبيرة، غير أنه في الغالب يكون صعبا بالنسبة للطبيب المعالج أن يحكم ما إذا كانت مكالمة غاضبة يتلقاها في الساعة الثانية صباحا تعتبر مكالمة لطلب المساعدة، أم أنها تعتبر إيماءة أو إشارة مدوية لاختبار مدى خصوصية المريض عند المعالج، وأيضا لاختبار مدى نية المعالج في تلبية رغبات المريض واحتياجاته على الفور، وكما هى الحال في حالة ماري انظر الحالة الطبية في بداية الفصل . فإن الاحتجاز في المستشفى غالبا ما يكون ضروريا عندما يكون التهديد بالانتحار أو تهديد قيام المريض بالانتحار، عندما يكون قويا ولا يمكن التعامل معه بدون أن تكون هنا درجة من الإشراف لا يمكن توافرها إلا في وسط خاضع للسيطرة مثل مستشفى الأمراض العقلية، وتعتبر رؤية مثل هؤلاء المرضى مزعجة للغاية لدرجة أنه من الشائع بالنسبة للمعالج أن يقوم بشكل منتظم بالتشاور مع طبيب آخر من أجل الحصول على النصيحة والدعم عند التعامل مع عواطفه، وعندها يعيش مع تحديات غير عادية تتمثل في مساعدة هؤلاء المرضى.

هناك عدد من العقاقير المضادة للذهان ومثبتات المزاج المهدئات قد تم تجريب استخدامها في معالجة الأشخاص المصابين بأعراض اضطراب المزاج واضطراب الشخصية الحدي المتكرر، وهناك بعض الأدلة على أن دواء فلوكسوتين Fluoxetine يخفف من بعض العدوانية، والاكتئاب عند هؤلاء المرضى Rinne, van den Brink, Wouters, et al., 2002 ، وأنه يمكن لليثيوم أن يقلل من بعض حدة الطبع والغضب والنزعة الانتحارية Links, Steiner, Boiago, et al., 1990 ، وبالرغم من بعض النتائج الإيجابية التي أظهرها كل منهج علاجي، إلا أن معظم العقاقير تم اختبارها في دراسة واحدة، لذا فإن هناك حاجة إلى مزيد من البحث Toffers, Vollm, Rucker, et al., 2010 .

المعالجة الجدلية للسلوك في اضطراب الشخصية الحدية:

قدمت "مارشا لينهان" Marsha Linehan 1987 طريقة أطلقت عليها معالجة السلوك الجدلي Dialectical Behavior Therapy -DBT وهي تمزج بين التعاطف المتمركز حول العميل وقبول التدريب على حل المشاكل السلوكية المعرفية والمهارات الاجتماعية. وينبع مفهوم الجدليات Dialectics من عمل الفيلسوف الألماني جورج ويليام فريدريش هيجل Hegel 1770-1831 ويشير إلى وجود توتر دائم بين أي ظاهرة أي فكرة، حدث،....الخ، يطلق عليه "أطروحة" Thesis، وهو مضاد لمصطلح النقيض Antithesis، والذي يتجسد عند تكوين ظاهرة جديدة تخليق synthesis وفي معالجة السلوك الجدلي - DBT، فإن مصطلح جدلي Dialectical، يتم استخدامه بطريقتين رئيستين:

- المعنى الأول يشير على ما يبدو إلى الخطط المعارضة، والتي لابد أن يستخدمها المعالج عند معالجة المرضى الذين يعانون اضطراب شخصية حدي وقبولهم كما هم، ومن ثم مساعدتهم على التغير لمعرفة أوسع حول الجدل بين القبول والتغيير انظر أهم الاكتشافات 15-2 .
- أما المعنى الثاني فإنه يشير إلى إدراك المرضى الذي يقسم العالم إلى جيد Good، ورديء Bad ليس ضروريا، وبدلا من ذلك، يمكن تحقيق التركيب الذي يجمع بين هذه المتناقضات الواضحة، فعلى سبيل المثال، بدلا من النظر إلى الصديق على أنه إما أن يكون حسنا كله الفرضية أو سيئا كله النقيض ، فيمكن أن يجمع بين كلا النوعين من الخصائص التركيب .

ومن هنا فإنه يجدر بالمعالج النفسي والطبيب السريري اللذين يستخدمان معالجة السلوك الجدلي DBT أن يضعا نظرة جدلية للعالم.

أهم الاكتشافات 15-2

الانتقال من التجربة الشخصية إلى الدعوة للقبول والتغيير:

Drawing from Personal Experience to Promote Acceptance and Chang

كما أوضحنا سابقا فإن مارشا لينهان Marsha Linehan قد وضعت نظرية رائدة حول سبب حدوث اضطراب الشخصية الحدي BPD، وتعتبر الطريقة العلاجية التي أسمتها معالجة السلوك الجدلي DBT واحدة من أفضل الطرق المستخدمة في العلاج، ومؤخرا قررت لينهان أن تتحدث علانية عن تجربتها الشخصية مع اضطراب الشخصية الحدي BPD Carey, 2011. كانت قد دخلت إلى المستشفى وعمرها 17 عاما لتعالج من نزعتها الانتحارية الحادة، وكانت تجد طريقة ما لتؤذي نفسها، وحتى بعد أن وضعها الأطباء في غرفة معزولة تماما، أخذت تضرب رأسها بالجدران والأرضية، وبقيت بالمستشفى طوال 26 شهرا، واستمر فشل علاجها لسنوات عديدة، حتى وجدت طريقة لإنهاء معاناتها من خلال القبول الجدلي. ثم حصلت على درجة الدكتوراة في علم النفس واستعانت بتجربتها الذاتية لمساعدة الآخرين، لتصبح أكثر الباحثين شهرة وعطاء في مجال الطب النفسي السريري.

تفسر "لينهان" ذلك بأن المصابين باضطراب الشخصية الحدي شديدو الحساسية تجاه الرفض والنقد لدرجة أنه قد يتم تفسير التشجيع اللطيف على التصرف أو التفكير بشكل مختلف على أنه توبيخ حاد، وهذا يؤدي إلى ردود أفعال عاطفية حادة. عندئذ، فإن المعالج الذي كان منذ لحظة شخصا موقرا، يصبح محتقرا بشكل مفاجئ. لذا فعندما تراقب القيود " أكون حزينة للغاية، إذا أقدمت على قتل نفسك، لذا أتمنى صدقا أن لا تفعل"، لذا فلابد للطبيب المعالج أن يقنع المريض بأنه يتقبله بصورة كاملة، وهذا أمر

صعب إذا كان المريض يهدد بالانتحار، أو يظهر غضبا لا يمكنه السيطرة عليه إزاء توبيخ متوهم من الطبيب.

القبول الكامل للمريض لا يعني الموافقة على كل شيء يفعله، بل يعني أن المعالج لابد أن يقبل الموقف كما هو. توضح لينهان أن هذا القبول لابد أن يكون حقيقيا، فلابد للمعالج أن يقبل المرضى كما هم، وينبغي ألا يكون القبول من أجل التغيير، بل وسيلة غير مباشرة لتشجيع المرضى على التصرف بطريقة مختلفة. يمكن للقبول أن يؤدي إلى التحول، ولكن إذا كان قبولك هو لمجرد التغيير ذاته فإنه لا يعتبر قبولا. إنه مثل الحب، فالحب لا يسعى إلى مكافأة، ولكن عندما يتم منح الحب بحرية فإنه يرتد مضاعفا مئات المرات. ساعتها فإن من يفقد حياته هو الذي يستعيدها، هو الذي يقبل التغيير Linehan, Personal Communication, November, 16, 1992 ، ووفقا ما تراه لينهان فإن القبول التام لا يمنع حدوث التغيير، بل إنها ترى العكس، أي أن ترفض، فالرفض سيمنع حدوث التغيير. وتؤكد طريقة لينهان أيضا على أنه لابد للمرضى أيضا أن يتقبلوا من هم، وكيف كان حالهم، حيث يطلب من المرضى بأن يقبلوا أن طفولتهم غير قابلة للتغيير الآن، وأن سلوكهم قد يكون السبب في إنهاء العلاقات التي انتهت، أو أنهم يشعرون بعواطف أكثر من الأشخاص الآخرين، وهناك أمل بأن تقدم هذه الطريقة أساسا لفهم النفس.

يتضمن التوجه السلوكي المعرفي للمعالجة التي يتم إجراؤها بشكل فردي أو في جماعة أربع مراحل، ففي المرحلة الأولى يتم دراسة السلوكيات المندفعة بشكل خطير، ويكون هدف الطبيب هو فرض سيطرة أكبر. أما في المرحلة الثانية، فيكون التركيز على تعلم كيفية التحكم في العاطفة الجياشة. وأما المرحلة الثالثة فتنصب على تحسين العلاقات وزيادة تقدير الذات. بينما المرحلة الرابعة فيتم تصميمها لزيادة التواصل والسعادة. وفي كل مرحلة يتعلم المرضى المزيد من الأساليب الفعالة والتي يمكن قبولها اجتماعيا في التعامل مع مشاكل حياتهم اليومية، وتتضمن طريقة DBT بشكل أساسي إعطاء المرضى معالجة سلوكية معرفية، وفي ذات الوقت قبول العميل.

قامت لينهان وزملاؤها بإجراء دراسة تم اختيار المرضى فيها بشكل عشوائي وأخضعوا إما للعلاج بطريقة DBT أو للعلاج بالطرق المعتادة أي بأي طريقة علاج متاحة في المجتمع، وبعد عام من المعالجة وبعد 6 شهور و12 شهرا تالية، تم مقارنة المرضى في المجموعتين، وفقا لمعايير مختلفة. وقد أظهرت النتائج بعد العلاج مباشرة أن طريقة DBT كانت أفضل بكثير من العلاج بالطرق المعتادة Linehan, Heard & Armstrong, 1993 . لقد أظهر المرضى درجة أقل في السلوك العمدي المؤذي للذات، بما في ذلك تقليل المحاولات الانتحارية، وانخفاض درجة التراجع عن العلاج، وانخفاض

عدد الأيام التـي يـتم قضـاؤها في المستشـفى، وعـلى أي حـال، فلـم تكـن هنـاك اختلافـات في الاكتئاب الذي يتم الإبلاغ عنه ذاتيا وفقدان الأمل بين المجموعتين اللتـين خضـعتا للعـلاج. وفي المتابعات، حافظت طريقة DBT على أفضـليتها. بالإضـافة إلى أن المـرضى الـذين تـم علاجهـم بطريقة DBT كانت لديهم تقارير عمل أفضل، وأظهروا درجة غضـب أقـل، وقـد تـم الحكـم عليهم بأنهم أفضل تكيفا من المرضى الذين خضعوا للعلاج العادي، إلا أن معظم المـرضى كـانوا لا يزالـون يشـعرون بالتعاسـة الشـديدة خـلال العـام الأول مـن المتابعـة ويسـجلون درجـات منخفضة في صعوبة في علاج هؤلاء المرضى، ومنذ ذلك الحين ظهرت العديد من الدراسات التي درست كفاءة معالجة السلوك الجدلي DBT، وفي دراسة تحليلية شملت 16 دراسـة، اتضـح أن لمعالجة السلوك الجدلي DBT آثارا إيجابية معتدلة فيما يتعلق بتقليل إيـذاء الـذات والنزعـة الانتحارية مقارنة بالمجموعة الضابطة Kliem, Kroger& Kosfelder, 2010 .

علاج اضطراب الشخصية الحدي المستند إلى التعقل:

العلاج المستند إلى التعقل Mentalization based therapy هـو أحـد أشـكال المعالجـة النفسية الديناميكية التي تستخدم في علاج اضطراب BPD، والنظرية التي تقـوم عليهـا هـذه المعالجة تشـير إلى أن الأشـخاص المصـابين باضـطراب BPD يفشـلون في التفكـير بتعقـل فـيما يتعلق بمشاعرهم أو مشاعر الآخرين. كذلك فهناك قول بأن عدم الأمان في العلاقات قد يتزامن مع صدمة قوية، وهذا ما يؤدي بالشخص إلى التفكـير بصـورة دفاعيـة تجنبيـة حـول المشـاعر والعلاقات، ونظرا لأن الشخص قليلا ما ينتبه إلى هذه الأمور، فإن التوقعات المرتبطة بالعلاقات بناء على التجارب السابقة قد تستمر وتطغى على العلاقات الحالية. إن هدف المعالج الـنفسي هو توفير منهج أكثر نشاطا يحسن من النظر إلى العلاقات والمشـاعر. تتضـمن المعالجـة علاجـا نفسيا منفردا كل أسبوع، علاوة على جلسات علاج جماعية تعقد مرتين في الأسبوع لمدة تصـل إلى ثلاث سنوات.

وحتى يمكن دراسة فاعلية هذا البرنامج، فإن الباحثين قد أجروا تشخيصا لعدد 44 شخصا ممن يعانون اضطراب BPD والذين كانوا يحضرون برنامجاً للعلاج اليومي في المستشفى، وقد طلبوا من المرضى بصورة عشوائية أن يخضعوا للمعالجة المستندة إلى التعقـل لمـدة تزيـد عـلى ثلاث سنوات كجزء إضافي من المعالجة المعتادة أو أن يستمروا في معـالجتهم المعتـادة وحـدها Bateman, Fongy, 2004 . كانت النتـائج الأوليـة إيجابيـة، وعنـد المتابعـة بعـد مـرور ثمـان سنوات بقيت معدلات النزوغ إلى الانتحار منخفضة لدى الأشخاص الذين تلقوا العلاج المستند إلى التعقل.

قارن الباحثون في إحدى الدراسات بين معالجة نفسية ديناميكية شبيهة ومعالجة السلوك الجدلي DBT مع مجموعة ضابطة للعلاج الداعم، وعلى الرغم من أن المعالجة النفسية الديناميكية والمعالجة الجدلية للسلوك قد أديتا إلى خفض مستوى الاكتئاب والقلق، إلا أن المعالجة الديناميكية كانت أفضل من المعالجة الجدلية للسلوك فيما يتعلق بتقليل الغضب Clarkin, Levy, Lenzenweger, et al., 2007 .

علاج اضطراب الشخصية الحدي المستند إلى الإطار العقلي المعرفي:

العلاج المستند إلى الإطار العقلي المعرفي يعزز من العلاج المعرفي التقليدي من خلال بحيث كيفية تشكيل الأنماط المعرفية الحالية من خلال أحداث الطفولة المبكرة والسلوك الأبوي، وفي العلاج المستند إلى الإطار العقلي المعرفي، يعمل المعالج النفسي والمريض معا على تحديد الافتراضات المرضية الترسيمة التي يمكن للمريض من خلالها أن يصف علاقاته من خلال تجاربه المبكرة، وفيه يفترض أن المريض لديه تصور حول طبيعة العلاقات الصحية، والهدف من هذا العلاج هو زيادة استخدام التصورات الصحية بدلا من السلوكيات التلقائية التي تعكس محددات للعلاقات المزعجة. وكما هى الحال في بعض مناهج المعالجة النفسية الديناميكية، فإن المعالج يسعى إلى تغيير التصور الموجه للداخل حول العلاقات والذي يعبر عن تجارب قاسية سابقة. كذلك ومثل باقي أنواع العلاج المعرفي، فإن المعالج قد يركز على كيفية التعبير عن هذه الأنماط خلال الحياة الحالية، وأن يستخدم الواجبات المنزلية في محاولة تغيير هذه الأنماط، ونظراً لأن هذه المعالجة تسعى إلى تناول المزيد من قضايا الحياة على المدى الطويل، فإن هذا النوع من المعالجة المعرفية قد يحتاج إلى ثلاث سنوات. وعلى الرغم من أنه يتم تقديم هذه المعالجة بشكل منفرد، إلا أن الطريقة الجماعية للعلاج المعرفي قد أوضحت نتائج مشجعة عندما تم استخدامها كعلاج مساعد إضافة إلى العلاج القياسي لاضطراب الشخصية الحدي Blum, John, Pfohl, et al., 2008 . أشارت إحدى الدراسات إلى أن العلاج المستند إلى الإطار العقلي المعرفي قد ساهم في خفض الأعراض أكثر من العلاج النفسي الديناميكي Giesen-Bloo, van Dyck, Spinhoven, et al., 2006 .

الملخص :

- تعرف اضطرابات الشخصية بأنها نماذج ثابتة من السلوك والتجربة والخبرة الداخلية تؤدي إلى عرقلة الأداء.
- يتضمن نموذج الدليل التشخيصي في إصداره الخامس عشر اضطرابات للشخصية، ويتضمن النموذج البديل في الإصدار الخامس ستة اضطرابات للشخصية إضافة إلى السمات والعلامات البعدية المميزة.

المجموعة الشاذة/ الغريبة Odd/ Eccentric Duster:

- تشمل التشخيصات المحددة في المجموعة الشاذة/ الغريبة اضطراب الشخصية الارتيابية والفصامي، وذا الطابع الفصامي.
- اضطراب الشخصية المناهض للمجتمع والمرض العقلي يتطابقان بشكل كبير، إلا أنهما لا يعتبران متعادلين، حيث إن تشخيص اضطراب الشخصية المناهض للمجتمع يركز على السلوك في حين أن تشخيص المرض العقلي يؤكد على العيوب العاطفية. يتمثل العرض الرئيس لاضطراب الشخصية الحدي في عدم الثبات والعاطفة القابلة للتغير بدرجة كبيرة، والسلوك المتقلب، أما العرض الرئيس لاضطراب الشخصية الهستيرية فهو الاستعراضات العاطفية المبالغ فيها، وأما بالنسبة اضطراب الشخصية النرجسي فإن العرض الرئيس هو التقدير المتضخم جدا للذات.
- عند وضع تصميمات تتضمن تكرار القياس والحصول على معلومات متنوعة لتعزيز موثوقية نتائج الفحص الباثولوجي، فإن السلوك المناهض للمجتمع والمرض النفسي يظهران ارتباطا عاليا بالوراثة.
- كذلك فيبدو أن المرض النفسي والسلوك المناهض للمجتمع يرتبطان بالبيئة الأسرية والفقر.
- هناك دليل على أن كثيرا من القابلية للإصابة باضطراب الشخصية الحدية يتم توريثه، وهناك نتائج تشير إلى وجود خلل في الفص الأمامي وأدائه الوظيفي أو بخصوص النشاط الزائد للوزة.
- تركز النظريات السيكولوجية لأسباب اضطراب الشخصية، الحدي، والهستيري والنرجسي على العلاقات المبكرة بين الطفل والوالدين، ومن الواضح أن الأشخاص المصابين باضطراب الشخصية الحدي يسجلون معدلات مرتفعة جدا من إساءة معاملة الطفل والانفصال بين الوالدين مقارنة بالأشخاص الآخرين.
- يركز النموذج الذاتي النفسي والنموذج المعرفي الاجتماعي في اضطراب الشخصية النرجسية على كيفية تقوم الحاجة للشعور بالإعجاب بإظهار وتشكيل السلوك.

المجموعة القلقة/ الخائفة أو القلقة/ المرعوبة Anyiou/Fearful Duster:

- تشمل المجموعة القلقة/ الخائفة كلا من اضطراب الشخصية التجنبي والتبعي، واضطراب الوسواس القهرى.
- المجموعة المسرحية/ الشاردة Dramatic/ Erratic Duster.
- وتشمل المجموعة المسرحية/ الشاردة اضطراب الشخصية الحدي، والهستيرى، والنرجسي.

- العرض الـرئيس لاضـطراب الشخصـية التجنبـي هـو الخـوف مـن الـرفض، أو النقـد، أمـا بالنسـبة لاضـطراب الشخصـية التبعـي، فـإن العـرض الـرئيس هـو الاعـتماد الزائـد عـلى الآخرين، في حين أن العرض الرئيس لاضـطراب الوسـواس القهـرى هـو الأسـلوب الكامـل، والمتوجه للتفاصيل.
- اضطراب الشخصية التجنبي موروث إلى حد متوسط، إلا أن تقديرات الوراثة تختلف تبعا لاضطرابات الشخصية الاتكالية والوسواسية القهرية.
- تركز النظريات الاجتماعية لمسببات المجموعة الخائفة/ القلقة على تربيـة الوالـدين. مـن الممكن أن ينتج اضطراب الشخصية التجنبي، عن انتقال الخوف من الوالدين إلى الطفـل عبر التقليد. وبالنسبة لاضطراب الشخصية التتبعى، فإنه قد ينتج عن انفصال الوالدين أو انقطاع علاقـة الطفـل بوالديـه، وهـذا يـؤدي إلى أن يكـون الشـخص خائفـا مـن فقـدان العلاقات الأخرى في مرحلة البلوغ..

علاج اضطرابات الشخصية :

- غالبا ما ترتبط اضطرابات الشخصية مع غيرها من الاضطرابات الأخـرى مثـل اضـطرابات الاكتئاب والقلق. وتعتبر الأبحاث المبدئية حول برامج العلاج اليومية مبشرة. إن الأبحـاث المتعلقة بمعالجة اضطرابات الشخصية تعتبر قليلة نسـبيا، وهنـاك فجـوة معرفيـة حـادة فيما يتعلق ببعض اضطرابات الشخصية.
- يتوازى علاج اضطراب الشخصية شبه الفصامية مع معالجة الفصـام، والعـلاج باسـتخدام العقاقير المضادة للذهان وفي بعض الأحيان علاج مضادات الاكتئاب، وقد تكـون جميعهـا مبشرة.
- يتوازى علاج اضطراب الشخصية التجنبي مع علاج اضطراب القلـق الاجتماعـي، والعـلاج بمضادات الاكتئاب والعلاج السلوكي المعرفي، وجميعها يمكن أن تكون مبشرة.
- اعتبر المرض النفسي غير قابل للعلاج سابقا، وذلـك يرجـع إلى طـول المـدة التـي تقتضـيها المعالجة النفسية التحليلية.
- هناك بعض الأدلة الناتجة عن استخدام المعالجـة السـيكوديناميكية والمعالجـة المسـتندة إلى التعقل، والمعالجة المستندة إلى الإطار العقلي في علاج اضطراب الشخصية الحدي.

16

الفصل السادس عشر
قضايا قانونية وأخلاقية

الفصل السادس عشر
قضايا قانونية وأخلاقية

ترجمـة

د/ أمثال هادى الحويلة د/ فاطمة سلامة عياد

د/ هنـاء شويخ

د/ ملك جاسم الرشيد د/ نادية عبدالـلـه الحمدان

الأهداف التعليمية ... أن تكون قادراً على:

1- تحديد المفاهيم القانونية والمعايير المختلفة للدفاع بالجنون.

2- وصف القضايا المتعلقة بأهلية النظر قضائيا.

3- توضيح الظروف التي تؤدي إلى إيداع الشخص بالمستشفى وفقا للقانون المدني.

4- مناقشة الصعوبات المرتبطة بالتنبؤ بالمخاطر، والمسائل المتعلقة بالحق في تلقي أو رفض العلاج.

5- وصف الأخلاقيات المرتبطة بالبحث والعلاج النفسي.

التعديل الأول: لا يحق للكونجرس سن أي قانون يمس ممارسة أي دين، أو يمنع ممارسة شعائره بحرية، أو تقييد حرية التعبير أو الصحافة، أو حق الأشخاص في التجمهر السلمي، والطلب من الحكومة رفع المظالم.

التعديل الرابع: لا يمس حق الأشخاص في أن يكونوا آمنين على أنفسهم وبيوتهم، ووثائقهم، وأفعالهم من أعمال البحث والاحتجاز.

التعديل الخامس: لا يجبر أي شخص على أن يشهد على نفسه في أية قضية جنائية، أو أن تستلب حياته، أو حريته، أو ممتلكاته دون سند من القانون.

التعديل السادس: في كافة الإجراءات الجنائية، يحق للمتهم محاكمة سريعة وعلنية، وله الحق في مواجهة الشهود الذين يشهدون ضده، والحق في أن إحضار شهود يشهدون لصالحه، والحق في تلقى العون من المجلس للدفاع عنه.

التعديل الثامن: لا تُطلب كفالات كبيرة، أو تفرض غرامات مبالغ فيها، و لا تفرض عقوبات قاسية وغير معتادة.

التعديل الثالث عشر: لا تقييد للحرية "العبودية" ولا إخضاع الملكية الطوعي إلا كعقوبة في جريمة يرتكبها الشخص ويدان عليها بشكل واضح في الولايات المتحدة أو أي مكان خاضع لسلطاتها القضائية.

التعديل الرابع عشر: لا يحق لأي ولاية حرمان أي شخص من الحياة أو من الحرية أو تجريده من الملكية بدون سند من القانون، ولا يحق لها منع أي شخص يدخل إلى نطاق اختصاصها من التمتع بحماية قانونية مماثلة.

التعديل الخامس عشر: لا يحق للولايات المتحدة أو أية ولاية أخرى إنكار حق المواطنين الأمريكيين في التصويت والاقتراع، بسبب العرق أو اللون أو أي حالة عبودية سباقة.

توضح هذه الفقرات البليغة والواضحة وتحمي حقوق مواطني الولايات المتحدة الأمريكية، وغيرهم من الأشخاص المقيمين في الولايات المتحدة، فما الذي يتم حماية هذه الحقوق منه؟ بالأخذ في الاعتبار الظروف التي صدرت فيها هذه البيانات أو معظمها، وجدنا أنه بعد أن حدد الاتفاق الدستوري سلطات الحكومة في عام 1787، رأى أول اجتماع للكونجرس في عام 1789 أنه من المناسب تعديل ما سبق، ووضع قيود محددة على الحكومة الفيدرالية، وتحقق ذلك من خلال ما يعرف باسم "وثيقة الحقوق Bill of Rights" وكانت أول 10 تعديلات بالدستور، ومنذ ذلك الحين، أضيفت تعديلات أخرى بخلاف التعديلات العشرة الأصلية، وتعد الغاية الفلسفية لحكومة الولايات المتحدة الأمريكية هي السماح للمواطنين بأكبر قدر من الحرية، وفقا لما يحمي ويحفظ نظام النظام بأسره.

حالة سريرية : "دافيد" David

ظل "دافيد" يسمع أصواتًا لعدة أيام، ولم يستطع التخلص منها سواء بسماع الموسيقى أو التحدث، وهذا ما سبب له الكثير من الإزعاج. كانت الأصوات تخبره بأنه الشخص الذي اختاره الرب لتخليص العالم من الشر، فانطلق "دافيد" إلى غرفة الطوارئ بالمستشفى المحلي باحثا عن الراحة، وبدلا من إدخاله المستشفى تم إعطاؤه وصفة لعقار "هالدول Haldol" وتركوه يذهب إلى حال سبيله، وبعد مرور يومين، أخذ "دافيد" بندقية محلية الصنع معبأة بالذخيرة ودخل بها إلى قطار مزدحم، وبدأ في إطلاق الرصاص، فقتل شخصين وجرح أربعة آخرين، وعندما تم القبض عليه، روى "دافيد" لرجال الشرطة أنه كان يستجيب لنداء الرب، وقد كان حديثه غير منظم، ومن الصعب متابعته، وعبر "دافيد" عن عدد من المعتقدات الضلالية.

لقد وجدوا أن "دافيد" مؤهل للمحاكمة، فقد كان مدركا أنه متهم بالقتل، وكان قادرا على مساعدة المحامي الموكل بالدفاع عنه، وعند المحاكمة، أعلن "دافيد" بأنه "ليس مذنبا بسب إصابته بالجنون". وقد قام المحامي الموكل بالدفاع عن "دافيد" بالترتيب لقيام أحد الأطباء النفسيين بتقييم حالة "دافيد"، وقد أفاد الطبيب النفسي بأن "دافيد" مصاب بالفصام الضلالي، وأنه لم يكن بوسعه تمييز الصواب من الخطأ وقت ارتكابه للجريمة، حيث إنه قد اعتقد أن سلوكه هو أفضل ما يمكن القيام به، وأنه هو التصرف الصائب لأن الرب هو الذي يوجهه، ولم يكن بوسعه أن يبقي سلوكه موافقا لمتطلبات القانون، ولم تطعن جهة الادعاء في هذه النتائج، وتمت تسوية القضية قبل وصولها إلى المحاكمة.

تم إيداع "دافيد" في المستشفى الاحتجازي المحلي لأجل غير مسمى، وتقرر إبقاؤه هنـاك إلى أن يصبح شخصا لا يشكل خطورة أو يتعافى من مرضه العقلي، وأن تجرى تقييمات من حين لآخـر لمعرفة إذا كان من الممكن نقله إلى مستشفى أقل تشددا من الناحية الأمنية.

تحسن أداء "دافيـد" كثـيرا بعـد أن أمضى 7 سـنوات في المستشـفى، حيـث تنـاول الـدواء الموصوف له، وهو عقار Zyprexa زيبراكسا ، ولم يحدث قـط أن تشـاجر جسـديا مـع مـرضى آخـرين، كـما أنـه كـان يشـترك في المعالجـة الفرديـة والعـلاج الجماعـي، وقـد عمـل في متجـر المستشفى، وكان قائدا للفريق في الوحدة التي كان يعيش فيها.

انتابه شعور رهيب بالندم على الجرائم التي ارتكبها، وأدرك أنـه يعـاني الفصـام وأن ذلـك يحتاج إلى علاج قد يستمر طيلة ما بقي من حياتـه. وقـد اتفـق الفريـق العلاجـي بالكامـل في الوحدة، على أن "دافيد" لم يعد مصدر خطورة وأن الفصام التي يعانيـه يمكـن السـيطرة عليـه بواسطة الأدوية، مما جعلهم يصدرون توصياتهم بأن يتم نقله إلى مستشفى عقلي، أقل كثافـة من الناحية الأمنية، وقام المحامي الموكل بالدفاع عـن "دافيـد" بتقـديم القضـية إلى القـاضي في المحكمة الملحقة بالمستشفى، إلا أن ممثلي الادعاء بالولاية اعترضوا على إطـلاق سراح "دافيـد"، قائلين إن "دافيد" قد يتوقف عن تناول الأدوية الموصوفة له، ومن ثم يعود شخصا عنيفـا مـرة أخرى، وقد اقتنع القاضي بأن إطلاق سراح "دافيد" هو قرار متسرع في هذا التوقيت، وهـو مـا دفعه إلى إصدار أوامره بأن يظل "دافيد" محتجزا في المستشفى الشرعي لمدة عام آخر، قبل أن يتم تقييم حالته مرة أخرى.

ونفتتح فصـلنا الختـامي عـلى هـذا النحـو لأن نظـام الصـحة العقليـة، والنظـام القـانوني يشتركان دوما ولو بشكل بسيط، في حرمان عدد كبير من سكان الولايات المتحدة من حقـوقهم المدنية الأساسية، ووفق أفضل النوايا فإن القضاة وإدارات المستشفيات، والجمعيات القضـائية، والجماعات التي تضم المتخصصين في الصحة العقلية عملت على مدى سنوات بـأقصى جهـدها من أجل توفير الحماية للمجتمع بأسره من تصرفات الأشخاص الـذين ينظـر إلـيهم عـلى أنهـم مرضى عقليون أو مختلون عقليا، ويشكلون مصدر خطـورة عـلى أنفسـهم وعـلى الآخـرين، إلا أنهم قاموا بحرمان آلاف من الأشخاص من حقوقهم المدنية الأساسية في سبيل تحقيق ذلك.

ويخضع الأفراد المختلون عقليـا الـذين ينتهكـون القـانون أو الـذين يتهمـون بـذلك إلى "الاحتجاز الجنائي "Criminal Commitment، وهو إجراء يتم فيه احتجاز الشخص بسبب سواء لتحديد مدى أهليته للخضوع للمحاكمة أو بسبب إصابته بالجنون كما في حالة "دافيد David". أمـا "الاحتجـاز المـدني Civil Commitment" فهـو عبـارة عـن مجموعـة مـن الإجراءات التي يتم من خلالها حرمان الشخص المختلف عقليـا أو يعـد مصـدر خطـر، لكنـه

لم يقم بخرق القوانين، من الحرية أو احتجازه في أحد المستشفيات العقلية، وفي هذا الفصل سنتناول هذه الإجراءات القانونية بصورة عميقة، وبعد ذلك سنعرض إلى دراسة أهم القضايا الأخلاقية المهمة نظرا لارتباطها بالعلاج والبحث.

الاحتجاز الجنائي Criminal Commitment :

سنبدأ بدراسة دور الطب النفسي وعلم النفس في نظام العدالة الجنائية منذ بدايات ظهور مفهوم "التعمد mens rea"، أو "العقل المذنب Guilty Mind"، وقبول قاعدة "لا جريمة بدون غرض شرير" في القانون الإنجليزي العام، وكذلك أخذ مفهوم الجنون insanity في الاعتبار، لنرى أن مفهوم الجنون يشير إلى العقل المضطرب، وقد ينظر إلى العقل المضطرب على أنه لا يستطيع وضع وتنفيذ هدف جنائي أو إجرامي Morse, 1992 ، وبعبارة أخرى، لا يمكن لعقل مضطرب أن يكون مذنبا، وأن العقل المذنب وحده هو القادر على إصدار أفعال تستحق الإدانة.

من المهم أن نلحظ أن الجنون هو مفهوم قانوني وليس مفهوما من مفاهيم علم النفس أو الطب النفسي، وفي ساحات القضاء في الوقت الحالي نجد القضاة والمحامين يقومون باستدعاء الأطباء النفسيين وعلماء النفس السريريين لمساعدتهم عند التعامل مع الحوادث الجنائية التي يعتقد أنها ناتجة عن الحالة العقلية المضطربة للشخص المتهم، وبالرغم من أن الدفع بالإصابة بالجنون قد وضع لحماية حقوق الناس، إلا أنه غالبا ما يعرض هؤلاء المتهمين للحرمان من حرياتهم بشكل أكبر مما يعانونه.

الدفاع بالجنون The Insanity Defense:

الدفاع بالجنون Insanity Defense هو حجة قانونية تقول بأن المدعى عليه لا يكون مسئولا عن أي عمل مخالف للقانون إذا كان هذا الفعل ناتجا عن مرض عقلي يحول دون التفكير بعقلانية، أو ينتج عن بعض الظروف القهرية الأخرى. مثل عدم التمييز بين الخطأ والصواب، وهناك الكثير من الكتابات حول الدفاع بالجنون، بالرغم من أنه لا يتم الدفع بها إلا في نسبة ضئيلة جدا تبلغ 1% من إجمالي الحالات التي تصل إلى ساحة المحاكمة، وبالرغم من أن الاستئناف ضد هذا الدفاع نادرا ما يكلل بالنجاح Morse, 1982; Steadman, 1979; Steadman, Mulvey, Monahan, et al.,1993 .

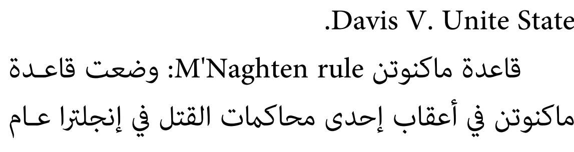
ونظرا لأن الدفاع بالجنون يقوم على حالة المتهم العقلية في الوقت الذي تم فيه ارتكاب الجريمة، فإن التقدير الارتجاعي والحكم التخميني من جانب المحامين، والقضاء، والمحلفين، والأطباء النفسيين يكون مطلوبا. ويعتبر عدم الاتفاق بين الأطباء النفسيين للدفاع والأطباء النفسيين لجهة الادعاء هو القاعدة.

إن الإصابة بالمرض العقلي واقتراف الجرائم ليسا متلازمين، فيمكن أن تشخص حال الشخص بأنه يعاني مرضا عقليا، ولكنه لا يزال مسئولا عن ارتكاب جريمة ما. كذلك فإن شخصا لا يعاني أي مرض عقلي على الإطلاق قد يقدم على ارتكاب أكثر الجرائم بشاعة وغرابة، رغما عن الاعتقاد السائد بأن الشخص لابد أن يكون مجنونا لكي يرتكب مثل هذه الجريمة، وفي الواقع فإن عقودا من الأبحاث النفسية الاجتماعية تنبئنا بعكس ذلك، فيمكن لأشخاص طبيعيين أن يرتكبوا أفعالا إجرامية مروعة في ظل ظروف وسياقات ملائمة لذلك Anderson, 2004 .

ولكن من أين يأتي الدفع بالجنون؟ إن الكثير من حالات الدفع بالجنون غير محددة، ويرجع بعضها إلى القرن السابع عشر Robinson, 1996 . إلا أننا سنتناول بعض الحالات القضائية المعاصرة والتي يمكن من خلالها استنباط التعريفات المتعلقة بالجنون والتي يمكن وضعها ضمن نمطين أساسيين من حجج الدفع بالجنون في يومنا هذا.

أهم الحالات والقوانين: هناك العديد من المحاكم التي تتبع قواعد ومبادئ تشير إلى الارتباط بين المسئولية القانونية والمرض العقلي، ويتضمن جدول 16-1 ملخصاً لهذه القواعد والمبادئ لمعرفة المزيد حول هذه القضايا Fredrick, Mard, DeMier, 2007 .

الدافع الذي لا يقاوم Irresistible Impulse: وضع مصطلح الدافع الذي لا يمكن مقاومته في عام 1834 في إحدى القضايا في ولاية أوهايو، وطبقا لهذا المفهوم فإذا كان هناك دافع أو حافز لا يمكن للشخص أن يتحكم فيه قد دفع - هذا الحافز - الشخص إلى ارتكاب الفعل الإجرامي، فإن الدفاع بحجة الجنون يكون شرعيا. وقد استخدم اختبار الدافع الذي لا يقاوم في محاكمتين متتاليتين، وهما قضية Parsons Vs. State وقضية Davis V. Unite State.



كان دانيال ماكنوتن Daniel M'Naghten مصابا باضطراب عقلي عندما حاول قتل رئيس الوزراء، وقد أسهمت حالته في وضع تعريف قانوني لحالة الدفاع بالجنون

قاعدة ماكنوتن M'Naghten rule: وضعت قاعدة ماكنوتن في أعقاب إحدى محاكمات القتل في إنجلترا عام 1843، وكان المدعى عليه "ماكنوتن" متهما بمحاولة قتل رئيس الوزراء البريطاني السير " روبرت بيل Robert Peel" غير أنه أخطأ في رؤية سكرتير السيد بيل وحسبه أنه هو السيد بيل. زعم "ماكنوتن" أنه قد تلقى تعليمات من "صوت الرب" بقتل السيد بيل، فأصدر القاضي قراره:

"لكي يتم الدفع بالجنون فلابد من إثبات أن المتهم في وقت وقوع الجريمة مصاب بخلل عقلي أو مرض عقلي وأن لا يكون مدركا لطبيعة وحالة الفعل الذي يقوم به أو أن يكون مدركا بكنه لا يعرف أن ما يقوم به خطأ".

إرشادات معهد القانون الأمريكي:

في عام 1962 قدم المعهد الأمريكي للقانون American Law Institute- ALI اقتراحا يتضمن الإرشادات الخاصة بهذا المعهد، وقد كان المقصد من وراء هذه الإرشادات هو أن تكون محددة ومفيدة لهيئة المحلفين بشكل أكبر من الاختبارات الأخرى، وتنص إرشادات المعهد الأمريكي للقانون على:

- لا يعد الشخص مسئولا عن السلوك الإجرامي إذا كان هذا الشخص، وقت ارتكابه لهذا السلوك، ونتيجة لمرض عقلي أو خلل عقلي، لا يملك القدرة الأساسية سواء لإدراك الإجرام أو الخطأ الذي ينطوي عليه هذا السلوك الذي يرتكبه، أو القدرة على جعل سلوكه موافقا لمتطلبات القانون.
- كما أن مصطلحات "المرض أو الخلل العقلي Mental Disease defect" بالشكل الذي تم استخدامها به في المادة القانونية، لا تشمل الشذوذ الذي لا يتخلى إلا من خلال السلوك الإجرامي المتكرر أو بخلاف ذلك السلوك المناهض للمجتمع بشكل متكرر American Law Institue, 1962, p.66 .

يقوم البند الأول من إرشادات المعهد الأمريكي للقانون بالمزج بين قاعدة ماكنوتن ومفهوم الدافع الذي لا يمكن مقاومته، فعبارة "القدرة الأساسية" Substantial Capacity الواردة في البند الأول قد وضعت لقصر الدفاع بالجنون على أولئك المصابين بأشد الاضطرابات العقلية خطورة. أما البند الثاني من هذه الإرشادات فإنه يخص أولئك الذين يقومون بانتهاك القانون بشكل متكرر، فتكرار السلوك الإجرامي والنفسي المرضي ليس دليلا على الإصابة بالجنون.

جدول 16-1: القضايا والقوانين المهمة بخصوص الدفع بالجنون

الدافع الذي لا يقاوم Irresistible Impulse 1834	هو الدافع أو الحافز المرضي الذي لا يمكن للشخص أن يسيطر علي عليه أو يتحكم فيه والذي أجبر الشخص على ارتكاب الفعل الإجرامي.
قاعدة ماكنوتن 1843 M'Naghten rule 1843	لا يعرف الشخص طبيعة ونوعية الفعل الإجرامي الذي تورط فيه. أو إذا عرفه الشخص فإنه لا يعرف أنه مقدم على إتيان الفعل الخطأ.

إرشادات المعهد الأمريكي للقانون 1962 American Law Institute guidelines 1962	1- إن الفعل الإجرامي الذي يرتكبه الشخص يعد ناتجا عن مرض أو خلل عقلي يؤدي إلى عدم إدراك الشخص لمدى خطأ الفعل أو يؤدي إلى عجز الشخص عن التصرف بشكل يتفق مع القانون مزيج من حكم ماكنوتن والدافع الذي يتعذر مقاومته. 2- كان كلمات "المرض أو الخلل العقلي" لا تشمل الشذوذ الذي لا يتضح إلا من خلال السلوك الإجرامي والمتكرر أو بخلاف ذلك السلوك المناهض للمجتمع المعهد الأمريكي للقانون 1962.
قانون إصلاح الدفاع بالجنون 1984 Insanity Defense Reform Act 1984	1- الفعل الإجرامي الذي يرتكبه الشخص يعد ناتجا عن مرض عقلي حاد أو خلل عقلي حاد يحول دون فهم الشخص الطبيعة الجريمة التي يرتكبها/ترتكبها. 2- يتم نقل عبء البرهان والدليل من جهة الادعاء وإلقاؤه على كاهل الدفاع، إذ يتعين على الدفاع أن يبرهن على أن الشخص يعد مجنونا. 3- ذا تم الحكم على الشخص بأنه قد تعافى من المرض العقلي، عندئذ وبدلا من أن يتم إطلاق سراح الشخص من مستشفى السجن، فإنه يظل محبوسا على الأقل لفترة تضاهي الفترة التي كان سيقضيها في السجن لو كان قد تم إدانته.
مذنب ولكنه مريض عقليا 1975 Guilty but mentally ill 1975	يمكن أن يتضح أن الشخص مذنب من الناحية القانونية في جريمة ما، مما سيزيد من فرص تعرضه للحبس - كما أن المرض العقلي الذي يتعافى منه الشخص يلعب دورا في: كيفية التعامل مع هذا الشخص. وهكذا فإنه حتى الشخص الذي يعاني المرض بدرجة خطيرة، يمكن أن ينال حكما بالمسئولية من الناحية القانونية أو الأخلاقية، غير أنه يمكن عندئذ أن يتم إيداعه في مستشفى السجن أو مرفق مناسب آخر من أجل تلقي العلاج النفسي بدلا من إيداعه في سجن عادي لقضاء العقوبة.

قانون إصلاح الدفاع بالجنون Insanity Defense Reform Act:

خلال محاكمة حظيت باهتمام شعبي كبير جاء الحكم في شهر مارس 1981 بأن الفتى "جون هينكلي John Hinckley Jr. " ليس مذنبا بسبب إصابته بالجنون Not guilty by reason of insanity- NGRI في محاولته اغتيال الرئيس الأمريكي رونالد ريجان، وبعد الحكم بأنه ليس مذنبا بسبب إصابته بالجنون NGRI تلقت المحكمة سيلا من الرسائل البريدية من مواطنين يستنكرون ألا يتم الحكم على شخص كان سيقتل الرئيس الأمريكي، بأنه مسئول من الناحية الجنائية، وأن يتم الاكتفاء بإيداعه لأجل غير مسمى في أحد المستشفيات العقلية حتى يرسخ الاعتقاد بأنه قد أصبح يتمتع بصحية عقلية تكفي للإفراج عنه، وهذا الغضب والاستنكار من جانب المواطنين يعكس الأفكار الشعبية الخاطئة عن الدفاع بالجنون، فغالبا ما يعتقد الناس أن الشخص يسعى "للهروب والإفلات" من الجريمة عند الدفع بأنه ليس مذنبا بسبب إصابته بالجنون، وأنه سوف يتم الإفراج عنه من المستشفى بعد فترة قصيرة. وفي الواقع هناك الكثير من الأشخاص الذين يتم احتجازهم في المستشفى الاحتجازي قد يمكثون في هذا المستشفى لفترة أطول مما لو كانوا قد احتجزوا في السجن في حالة ما إذا تم توقيع عقوبة عليهم كما سيتضح لنا من الحالة السريرية التي سنعرضها لاحقا - حالة مايكل جونز.

وفيما يتعلق بقضية جون هينكلي John Hinckley فقد تم احتجازه في مستشفى القديسة إليزابيث، وهو مستشفى عام للأمراض العقلية في مدينة واشنطون العاصمة بولاية كولومبيا لمدة ثلاثة عقود، وعلى الرغم من أنه كان من الممكن إطلاق سراحه عند تحسن حالته العقلية، فإن ذلك لم يحدث، وقد استطاع أن يحصل على بعض من حريته وإن كان ذلك بصورة بطيئة، ففي عام 2003 أصدر القاضي قرارا بأنه يمكنه الخروج نهارا لمدة ستة أيام مع والديه دون مراقبة أو إشراف ولكن على أن لا يكون ذلك في نطاق مدينة واشنطن العاصمة، وفي عام 2005 سمح له القاضي بسبع زيارات ليلية لمنزل والديه في فرجينيا شريطة أن يحمل معه جهاز هاتف جوال مزود بخاصية تحديد المواقع GPS، وأن يكون دوما بصحبة والديه أو أشقائه، وحظر عليه الدخول إلى شبكة الإنترنت، وفي عام 2007 أصبح بإمكان الأطباء إبلاغ الشرطة السرية بخروج "هينكلي" لزيارة والديه قبل الزيارة بأربعة أيام بعد أن كان إخبارهم يتم قبل الزيارة بأسبوعين.

ونظرا للشعبية التي أحاطت بالمحاكمة، والغضب الشعبي للحكم بأنه ليس مذنبا بسبب إصابته بالجنون، فإن الدفاع بالجنون قد أصبح هدفا للانتقادات اللاذعة و الخارجة في بعض الأحيان من جانب العديد من الجهات. وكما صرح القاضي باركر Parker والذي كان الرئيس وقت إجراء المحاكمة، فقد قال: "بالنسبة للكثيرين يعد الدفاع دفاع

هينكلي مظهرا واضحا من مظاهر الفشل في نظام العدالة الجنائية لدينا في معاقبة الأفراد الذين ينتهكون القانون بشكل واضح" Simon& Aaronson, 1988, P.vii .

ونتيجة للضغوط السياسية "بالتشديد" على المجرمين، وضع الكونجرس في أكتوبر من عام 1984 قانون إصلاح الدفاع بالجنون، وهو موجه إلى الدفاع بالجنون للمرة الأولى على المستوى الفيدرالي، ويحتوي هذا القانون الجديد، الذي تم قبوله وتبنيه في كل المحاكم الفيدرالية، على العديد من الأحكام والنصوص الموضوعة من أجل زيادة الصعوبة في التذرع بحجة الإصابة بالجنون.



وجد القضاء أن جون هينكلي John Hinckley الذي حاول اغتيال الرئيس الأمريكي رونالد ريجان غير مذنب بسبب إصابته بالجنون

- إنه يزيل عنصر الدافع الذي لا يمكن مقاومته الذي تقرره أحكام المعهد الأمريكي للقانون، فقد وجهت انتقادات عنيفة للجانب الاختياري والسلوكي من إرشادات المعهد الأمريكي للقانون نظرا لأنه من الممكن النظر إلى أي فعل إجرامي على أنه نابع أو ناتج عن عدم القدرة على التقيد بحدود القانون.
- كما أنه يقوم بتغيير بند "تنقصه القدرة الأساسية ..... على إدراك ......" والموجودة في إرشادات المعهد الأمريكي للقانون، إلى "غير قادر على إدراك" ويقصد بهذا التغيير في العنصر المعرفي للقانون، تضييق أسس الدفاع بالجنون، وذلك من خلال جعل معيار الحكم الفاسد أكثر صرامة.
- كما أن القانون ينص أيضا على أن المرض أو الخلل العقلي لابد أن يكون "حادا"، والغرض من ذلك استبعاد أنواع الدفاع بالجنون على أساس وجود اضطرابات لا تصنف كاضطرابات ذهانية مثل اضطراب الشخصية المناهض للمجتمع .. كما أن القانون قد ألغى الدفاعات التي تعتمد على "القدرة الضعيفة Diminished Capacity" أو المسئولية الضعيفة Diminished Responsibility التي تقوم على مثل هذه الظروف الخفيفة مثل الرغبة الجامحة أو "الجنون المؤقت Temporary insanity" مرة أخرى، كان الغرض يتمثل في تصعيب الاعتماد على الدفاع بالجنون.
- ينقل عبء الإثبات من جانب الادعاء، ويلقيه على عاتق الدفاع، فبدلا من أن يكون الادعاء مضطرا لإثبات أن الشخص كان في كامل قواه العقلية، بعيدا عن الشك بنسبة كبيرة وقت ارتكاب الجريمة حيث إنه أكثر المعايير صرامة، إذ إنه يتماشى

مع المطلب الدستوري القائل بأن الشخص بريء حتى تثبت إدانته، فالدفاع يتوجب عليه إثبات أن المتهم لم يكن في كامل قواه العقلية، ويتوجب عليه القيام بذلك "بـدليل واضـح و مقنع" أقل صرامة ولكنه ما يزال يتطلب معيارا للدليل، ويوضح جدول 16-2 المعـايير المختلفة للدليل، والمستخدمة في محاكم الولايات المتحدة الأمريكية، ويمكن إدراك أهمية هذا التغير والنقل من خـلال الوضـع في الاعتبـار أنـه إذا تكلفـت هيئـة الادعـاء بحسـب الإثبات بدون قدر كبير من الشك، فإن هيئة الدفاع لا تحتاج إلا إلى تقديم قـدر معقـول من الشك لتبطل محاولات الادعاء إثبات أن الشـخص كـان في كامـل قـواه العقليـة، إذن فالعبء الأكبر في هذه الآونة الملقى على عاتق الدفاع يعد مثله مثل النصـوص والأحكـام الأخرى، موضوعا من أجل زيادة صعوبة إعفاء المتهم من المسئولية الأخلاقية و القانونية.

- أخيرا فإن الشخص يمكن أن يبقى مذنبا أطول من التي يقرها حكم بعقوبة مادية، ويـتم إطلاق سراح الشخص عندما لا يصبح خطرا أو يبرأ من مرضه العقلي.

هنـاك بعـض المحـاكم التـي أشـارت إلى مـا يسمى الحكم بأن الشخص مـذنب ولكنـه مختـل عقليـا GBMI Guilty But Mentally Ill، ويسمح هذا النوع من الأحكام بتطبيـق العقوبـة ولكنه يتيح للشخص أن يعالج من مرضه العقـلي، وفي حالة إذا ما استمر الشخص خطرا بعد تنفيذه لمـدة العقوبـة فإنـه يـتم تحويلـه إلى مستشـفى أمـراض عقليـة وفـق إجـراءات القيـد بالقـانون المدني.

جدول 16-2 معايير الدليل

المعيار	النسبة المئوية لدرجة اليقين المطلوبة للإدانة
بدون أي شك معقول	95
دليل واضح ومقنع	75
ثبوت الدليل ورجحانه	51

مـذنب ولكنـه مـريض عقليـا Guilty But Mentally Ill

تقوم الانتقادات الموجهة للحكم بأن الشخص مذنب ولكنه مريض عقليا GBMI، على أن هذا الحكم لا يفيد المتهمين الجنائيين المرضى عقليا، كـما أنـه لا يـؤدي إلى تقـديم عـلاج نفسي مناسب لهؤلاء الأشخاص المدانين Woodmansee, 1996 . وفي عـام 1997، أصـدرت المحكمة العليا في ولاية ساوث كارولينا حكما قام على قاعدة الشخص مذنب ولكنه مـريض عقليا GBMI، وقد عاد إلى حد ما بالفائدة عـلى المتهمـين المـدانين بموجـب هـذا القـانون، حيث إنه يقضي بأن يخضع الأشخاص المدانون المرضى عقليا لتقيـيمات صـحية عقليـة قبـل وضعهم في السجن العمومي. وعلى الـرغم مـن ذلـك، وللأسـف لم يتضـح أن هـذه الفائـدة تؤدي إلى علاج أفضل، ومن بين الانتقادات ما يشير إلى أن الحكم بأن الشخص مذنب ولكنه مـريض عقليـا GBMI قـد يكـون مضـللا أو خادعـا للمحلفـين، فـالمحلفون يـرون أن

هذا الحكم ليس "قاسيا" كالحكم بالإدانة، ولكن الحقيقة أن الأشخاص الذين يتم الحكم علـيهم بأنهم مذنبون ولكنهم مرضى عقليا GBMI قد يقضون فترة أطول من تلك التي قد يقضـونها إذا ما حكم عليهم بالإدانة Melville& Naimark, 2002 .

ومن أشهر القضايا التي تضمنت الحكم بأن الشخص مذنب ولكنه مريض عقليـا GBMI القضية التي ظهرت عـام 1992، والتـي أديـن فيهـا جيفـري داهمر Jeffrey Dahmer في مدينة مـالوويكي Milwaukee في ولاية ويسكنسون، فقد اتهم واعترف بأنه قد قام بتقطيـع وأكل أجزاء ومارس الجنس مع جثـث 15 صـبيا وشـابا. وقـد تـذرع داهمـر بحجـة الجنـون، المسـموح بهـا في ولايـة ويسكنسـون - مـذنب ولكنـه مختـل عقليـا - وقـد كانـت سلامته العقلية هي بؤرة الاهتمام الوحيـدة للمحاكمـة غـير العادية، مما جعل أعضاء هيئة المحلفين يضطرون إلى سـماع شهادات متضاربة مـن خـبراء الصحة النفسـية حـول حالـة المتهم العقلية خلال سلسلة عمليات القتل التي اعترف بهـا. وكان عليهم أن يتخذوا قرارا بشأن ما إذا كان هـذا الشـخص يعاني مرضا عقليا حال دون إدراكه للصـواب مـن الخطـأ، أو حـال دون تمكنـه مـن الـتحكم في أفعالـه والسـيطرة عليهـا. وعلى الرغم من أنه لم يكن هناك خلاف على أنه كان مريضا عقليا، ويمكن تشخيصـه بأنـه يعـاني أحـد أنـواع الانحرافـات الجنسية Paraphilia إلا أنه كان هناك اعتقاد بأن داهمر سليم وبالتـالي فإنـه مسـئول - مـن الناحية القانونية - عن جرائم القتل المروعة التـي ارتكبهـا. وقـد حكـم عليـه القـاضي بعقوبـة مدتها 15 مدة متعاقبة، إلا أن صديقا له قام بقتله داخل السجن لاحقا.



جيفري داهمر Jeffery Dahmer
المتهم بتقطيع وأكل أجزاء وممارسة الجنس مع جثث 15 صبيا وشابا. وقضت المحكمة بأنه مذنب لكنه مريض عقليا

حجج الجنون المؤقت Current Insanity Pleas:

هناك نوعان من الأعذار المتعلقة بـالجنون المسـتخدمة في محـاكم الولايـات والمحـاكم الفيدرالية في الولايات المتحدة تأتي من مجموعة من التعريفـات القانونيـة والأحـداث التـي تمت مراجعتها، فبالنسبة لحجة "ليس مذنبا بسبب إصابته بالجنون"، فلـيس هنـاك خـلاف حول ما إذا كان الشخص قد ارتكب الجريمة بالفعل، فكلا الجانبين يتفـق عـلى أن الشـخص قد ارتكب الجريمة، وعلى الرغم من ذلك فبسبب إصـابة الشـخص بـالجنون وقـت ارتكابـه للجريمة، فإن محامي الدفاع يدفع بأنه لا ينبغي أن يتم الحكم على الشخص بالمسئولية عن الجريمة، ولذلك فإنه ينبغي أن يتم إعفاؤه من الجريمة. فالعذر الناجح المتمثـل في NGRI،

يشير إلى أن الشخص لا يتم الحكم بمسئوليته عن الجريمة نتيجة مرضه العقلي، ويتم احتجاز الأشخاص الذين يتم العفو عنهم بعذر NGRI يتم احتجازهم إلى أجل غير مسمى بمعنى أنهم لا ينالون عقوبة، أو يتم احتجازهم لفترة محددة ومعروفة مسبقا. ويكون هذا الاحتجاز في مستشفى احتجازي، ويتم الإفراج عن هؤلاء الأشخاص من المستشفيات الشرعية إذا اتضح أنهم قد أصبحوا لا يشكلون خطرا أو لم يعودوا مصدر خطورة، أو لم يعودوا مرضى عقليا وسنتطرق إلى الصعوبات التي تواجه عملية تحديد ذلك فيما بعد .

حالة سريرية: مايكل جونز Michel Jones

لتوضيح الإشكالية التي يقع فيه الشخص إذا تذرع بالجنون كسبب لارتكابه فعلا إجراميا، فسنعرض إلى واحدة من أشهر قضايا المحاكم العليا - وقد يقول البعض إنها غير مشهورة.

ألقي القبض على مايكل جونز، وهو أعزل بلا سلاح، في 19 سبتمبر من عام 1975، وذلك لمحاولته سرقة معطف من أحد المتاجر الكبرى في واشنطن، وقد اتهم في اليوم التالي بمحاولة سرقة صغيرة، وهي جنحة تصل عقوبتها إلى السجن لعام واحد كحد أقصى، وقد أمرت المحكمة بإيداعه في مستشفى القديسة إليزابيث لتحديد مدى أهليته للمثول للمحاكمة.

وفي الثاني من مارس 1976، أي بعد 6 شهور تقريبا من التهمة الموجهة، قدم الطبيب النفسي في المستشفى تقريره إلى المحكمة، والذي أفاد بأن جونز تتوافر فيه الأهلية للمثول أمام المحكمة، بالرغم من أنه يعاني الفصام، من النوع البارانويا Paranoid، وأشار الطبيب النفسي أيضا إلى أن الجريمة المزعومة قد نتجت عن حالة جونز المرضية، وهي إصابته بالفصام البارانويا، هذا التعليق يعد من المهم ذكره لأن الطبيب النفسي لم يطلب منه أن يبدي رأيه في حالة جونز العقلية أثناء ارتكاب الجريمة، حيث إنه لم يطلب منه إلا إبداء رأيه في مدى كفاءة وأهلية جونز للمثول للمحاكمة. عندئذ قرر جونز أن يتذرع بأنه ليس مذنبا بسبب إصابته بالجنون، وبعد مرور عشرة أيام، وفي الثاني عشر من مارس، وجدت المحكمة أن جونز ليس مذنبا بسبب إصابته بالجنون NGRI، وقامت بإيداعه بشكل رسمي في مستشفى القديسة إليزابيث لكي يتلقى علاجا للاضطراب العقلي الذي يعانيه.

وفي الخامس والعشرين من مايو من عام 1976، وبعد مرور خمسين يوما، تم عقد جلسة استماع عرفية لتحديد ما إذا كان ينبغي أن يظل جونز في المستشفى لمدة أطول، وقد أدلى أحد الأطباء النفسيين من المستشفى بشهادة قال فيها إن جونز مازال يعاني الفصام البارانويا، وأنه يمثل خطرا على نفسه وعلى الآخرين. وقد تم عقد جلسة استماع

ثانية في 22 فبراير من عام 1977، أي بعد مرور 17 شهرا من ارتكاب الجريمة، وإيداع جونز الأولى في مستشفى القديسة إليزابيث، وذلك للوقوف على أهليته وكفاءته، وطالب المتهم بالإفراج عنه منذ أن انقضت فترة عقوبته التي تقدر بعام كحد أقصى، والتي كان من المقرر أن يقضيها لو ثبت أنه مذنب في سرقة المعطف. إلا أن المحكمة قد رفضت طلبه وأعادته إلى مستشفى القديسة إليزابيث مرة أخرى.

وقد أيدت محكمة الاستئناف في مقاطعة كولومبيا حكم المحكمة الأصلية، وفي النهاية، وفي نوفمبر من عام 1982، أي بعد مرور أكثر من سبع سنوات على إيداعه المستشفى، تم سماع الاستئناف الذي قدمه جونز للمحكمة العليا، وفي 29 يونيو من عام 1983 ومن خلال قرار تم اتخاذه بموافقة 5 أعضاء ومعارضة 4، أيدت المحكمة القرار الأول؛ وهو أن يظل جونز قيد الاحتجاز في مستشفى القديسة إليزابيث، ولم يتم إطلاق سراح جونز كليا إلا في 28 أغسطس بعد مرور 28 عاما على الجريمة.

جدول 16-3 مقارنة بين عذر الإصابة بالجنون NGRI، وعذر مذنب لكنه مريض عقليا GBMI

	NGRI	GBMI
المسئولية عن الجريمة	غير مسئول	مسئول
مكان الاحتجاز	في مستشفى احتجازي	في السجن
توقيع عقوبة	لا يوقع عليه عقوبة	ينال عقوبة
متى يطلق سراحه	عندما لا يعود مصدر خطورة أو يصبح غير مريض عقليا	في نهاية العقوبة، ولكن يمكن احتجازه مدنيا إذا كان خطيرا أو مريضا عقليا
هل يتم إعطاؤه علاجا؟	نعم	محتمل

يشبه المستشفى الاحتجازي المستشفى العادي إلى حد كبير فيما عدا أن أسوار الدور الأرضي مؤمنة بأبواب، وأسلاك شائكة، أو أسوار مكهربة، وفي داخل المستشفى قد تكون أبواب الوحدات المختلفة مقفلة، وقد يتم وضع مزاليج وسدود على نوافذ الأدوار الأرضية، وعلى أي حال فإن المرضى لا يبقون في زنازين مثل زنازين السجون، إذ إنهم إما أن يبقوا في حجرات فردية أو حجرات جماعية مشتركة. كما أن طاقم الأمن يبقى رهن الإشارة لفض أي اشتباكات والحفاظ على أمن المرضى، وبطبيعة الحال فإنهم لا يحملون أسلحة من أي نوع، وقد يرتدون ثيابا عادية وليس زيا موحدا.

أما الحجة الثانية المتعلقة بالجنون الموجود في بعض الولايات فهي "مذنب ولكنه مريض عقليا" GBMI guilty but mentally ill ، وكما أوضحنا سابقا فإن هذه الحجة تسمح بأن يكون الشخص المتهم مذنبا في ارتكاب جريمة ما، وهذا يزيد من فرص تعريضه للحبس - لكنها تسمح باتخاذ حكم طبي نفسي حول كيف يتم التعامل مع الشخص المدان إذا تم اعتباره مريضا عقليا وقت ارتكابه للجريمة والفعل الإجرامي، وهكذا فإنه حتى الشخص الذي يعاني المرض بدرجة خطيرة، يمكن أن ينال حكما من الناحية الأخلاقية والقانونية بأنه مسئول عن جريمة ما، إلا أنه من الممكن يعد ذلك، من الناحية الافتراضية أن يتم احتجازه في مستشفى السجن أو أي مرفق مناسب آخر لتلقي العلاج النفسي، بدلا من احتجازه في سجن عادي لقضاء العقوبة. والحق أن الأشخاص الذين ينالون حكما بأنهم مذنبون ولكنهم مصابون بمرض عقلي GBMI، يتم وضعهم مع الأشخاص المحتجزين في السجن العمومي، حيث إنهم قد يتلقون العلاج وقد لا يتلقون.

يقارن جدول 16-3 بين نوعين من الأعذار المتعلقة بالجنون، فهناك إحدى عشرة ولاية تسمح ببعض أو كل البنود المتعلقة بالعذر غير مذنب بسبب الإصابة بالجنون، وهناك أربع ولايات تقر عذري NGRI، GBMI، وهناك أربع ولايات هي ولايات إيداهو، ومونتانا، وكنساس، وأوتاه لا تسمح بأي دفاع بحجة الجنون. أما الولايات المتبقية فهي تتبع أنماطا خاصة من الدفع بعدم الذنب نظرا للإصابة بالجنون، وهذه الأنماط تنبع من قانون إصلاح الدفع بالجنون، ويختلف تقدير إذا ما كانت لمصلحة الولاية أم هي في مصلحة المدعى عليه.

كانت المحكمة قلقة بشأن خطورة جونز، إلا أن جونز قال في الالتماس الذي تقدم به إلى المحكمة العليا؛ إن سرقته للمعطف لم تكن خطيرة لأنها لم تكن جريمة عنف، إلا أن المحكمة قد قالت إنه لكي يكون هناك عنف في الفعل الإجرامي الجنائي، فليس من الضروري أن يتسم الفعل ذاته بالخطورة، وقد استشهدت على ذلك بقرار سابق يقضي بأن حادث السرقة الذي لا يتسم بالعنف، مثل سرقة ساعة يد مثلا، قد يترتب عليه وقوع أحداث عنف، من خلال محاولات المجرم للهروب، أو محاولات الضحية حماية أملاكها، أو محاولات الشرطة للقبض على اللص الهارب.

علق بعض القضاة المعارضين للمحكمة قائلين بأنه كلما طالت فترة مكوث الشخص - مثل حالة جونز - في المستشفى، ازدادت الصعوبة التي سيواجهها في إثبات أنه لم يعد شخصا يشكل خطورة، أو لم يعد مريضا عقليا، حيث إن طول فترة الاحتجاز من المرجح أن تزيد من صعوبة تحمله لنفقات خبراء الطب فضلا عما يتعلق بالمستشفى، وتزيد من صعوبة تصرفه كشخص لا يعاني مرضا عقليا، وقد أدى ذلك إلى إبقاء جونز بالمستشفى طوال 28 عاما، وهذا ما يثبت أن هؤلاء المعارضين كانوا على حق.

وفي قضية لاحقة عام 1992 قضت المحكمة العليا بأن الشخص غير المذنب نتيجة للإصابة بالجنون لا يظل محكوما عليه إذا لم يعد مريضا عقليا حتى وإن كان هذا الشخص خطرا.0

ملخص سريع:

الجنون مصطلح قانوني، وليس من بين مصطلحات الصحة العقلية، والاتفاق مع التعريف القانوني لا يعني بالضرورة ذات الشيء عند تشخيص المرض العقلي، والعكس صحيح. يعد الدفاع بحجة الجنون رأيا قانونيا يقوم على أن المتهم ليس مسئولا عن فعل مخالف للقانون إذا كان هذا الفعل ناجما عن مرض عقلي يحول دون التفكير بعقلانية، أو ينتج عن بعض الظروف القهرية الأخرى، مثل عدم معرفة الصواب من الخطأ.

تشير حجة الدافع الذي لا يمكن مقاومته إلى أن هناك دافعاً لم يستطع الشخص التحكم فيه والسيطرة عليه، مما دفع هذا الشخص على ارتكاب الفعل الجنائي، أما قاعدة ماكنوتن فإنه قد أشار إلى أن الشخص لم يستطع تمييز الصواب من الخطأ وقت ارتكابه للجريمة، وذلك مرجعه إصابة الشخص بمرض عقلي. يمزج الجزء الأول من إرشادات المعهد الأمريكي للقانون قاعدة ماكنوتن ومفهوم الدافع الذي لا يقاوم. أما الجزء الثاني فإنه يختص بأولئك الذين ينتهكون القانون بشكل متكرر، ولا يوجد سبب للاعتقاد بأنهم يعانون مرضا عقليا سوى استمرار تكرارهم لارتكابهم للجرائم. وقد قام قانون إصلاح الدفاع بحجة الجنون بنقل عبء الإثبات من جانب هيئة الادعاء ووضعه على كاهل الدفاع، كما أنه قد قام بحذف عنصر الدافع الذي لا يقاوم، وغير عبارة القدرة الأساسية، كما أنه أفاد بأن المرض العقلي لابد أن يكون حادا وشديدا، وتكشف قضية جونز عن عدد من التعقيدات المتعلقة بالدفاع بحجة الجنون.

وتفيد الحجة أو العذر بأن الشخص ليس مذنبا بسبب إصابته بالجنون NGRI أن المتهم ينبغي ألا يتم الحكم عليه بالمسئولية عن جريمة ناتجة عن مرضه العقلي. أما حجة أنه مذنب ولكنه مريض عقليا GBMI، فإنها تشير إلى أن المتهم يعد مذنبا من الناحية القانونية لارتكابه جريمة ما، ولكن من الممكن نظريا بعد ذلك، أن يتم احتجازه في مستشفى السجن أو أي مرفق مناسب آخر، من أجل تلقي العلاج النفسي بدلا من حبسه في سجن عادي لإمضاء العقوبة.

اهتمت دراسات أخرى ببيان أثر الدواء على الشخص الذي يتحجج بأنه ليس مذنبا بسبب إصابته بالجنون، فإذا رغب المتهم في تناول الدواء، فإن أسباب تناول هذا الدواء لابد أن تكون واضحة لهيئة المحلفين، مخافة أن تستنتج هيئة المحلفين من سلوك المتهم الناتج عن تناول العقاقير - والذي قد يتسم ببعض العقلانية النسبية - أنه من المستبعد

إصابته بالجنون وقت ارتكابه للجريمة. وهذا المطلب يوضح أن هيئة المحلفين قد كونت رأيها بشأن الحكم بالمسئولية القانونية أو الجنون بشكل جزئي على الأقل وفقا للهيئة التي يبدو عليها المتهم أثناء المحاكمة، فإذا ظهر المتهم في حالة طبيعية، فإن هيئة المحلفين تكون أقلا ميلا للاعتقاد بأن الجريمة كانت عبارة عن تصرف أو فعل ناتج عن حالة من الاضطراب العقلي أو حالة عقلية مضطربة وليس عن إرادة حرة - على الرغم من أن الدفاع بحجة الجنون يجب أن يتعامل مع حالة المتهم العقلية أثناء الجريمة، وليس حالته النفسية أثناء المحاكمة.

أهلية المثول للمحاكمة Competency to stand trail:

يهتم الدفاع بالجنون بحالة المتهم العقلية وقت ارتكابه للجريمة، ومن بين الاعتبارات المهمة قبل اتخاذ القرار حول أي من أنواع الدفاع يجب اتباعه: هو هل المتهم أهل للمثول للمحاكمة أو النظر قضائيا على الإطلاق. طبقا لنظام العدالة الجنائية الأمريكي، لابد من اتخاذ قرار حول "أهلية المثول للمحاكمة Competency to stand trail" قبل إمكانية تحديد ما إذا كان الشخص مسئولا عن الجريمة المتهم بها. ويمكن الحكم بأن الشخص أهل للمحاكمة ومن ثم لا يتم الحكم بأنه ليس مذنبا بسبب إصابته بالجنون.

لم يتغير المعيار القانوني حول أهلية الشخص للمثول للمحاكمة، منذ أن تمت صياغة هذا المعيار بقرار المحكمة الأمريكية العليا عام 1960 والذي جاء فيه: " "إن الأساس هنا هو هل لدى المتهم قدرة كافية في الوقت الحالي للتشاور مع محاميه، بدرجة مقبولة من الفهم العقلاني، وهل لديه فهم عقلاني وكذلك فهم واقعي للإجراءات المتخذة ضده".

وبالنسبة للقضية التي عرضت على المحكمة العليا عام 1966 والمعروفة بقضية بات ضد روبنسون Pate Vs. Robinson فيمكن لمحامي الدفاع أو جهة الادعاء، أو القاضي إثارة مسألة المرض العقلي متى توافر السبب للاعتقاد بأن الحالة العقلية للشخص المتهم قد تحول دون إجراء محاكمة قريبة له. وهناك طريقة أخرى للنظر إلى الأهلية، وهي أن المحاكم لا ترغب في محاكمة الشخص "غيابيا" In absentia، وهو مبدأ قديم يرجع تاريخه لقرون من مبادئ القانون الإنجليزي العام، وهو يشير إلى الحضور العقلي للشخص العقلية لا إلى وجوده الجسدي. وإذا كان هناك اعتقاد بعد الفحص بأن الشخص مريض عقليا بدرجة كبيرة يتعذر معها مشاركته في المحاكمة بشكل مفيد، فإنه يتم تأجيل المحاكمة بشكل روتيني، ويتم وضع المتهم في مستشفى على أمل استعادة أدائه العقلي الملائم.

إذا فشلت المحكمة في عقد جلسة استماع عند توافر دليل يثير شكوكا بالغة حول أهلية الشخص للمحاكمة، أو إذا قامت بإدانة شخص لا تتوافر فيه الأهلية من الناحية القانونية، فسيعد هذا خرقا للنظام القضائي، فإذا كانت الأهلية محل شك فلابد أن يكون

هناك تفوق للأدلة - راجع جدول 16-2 التي تثبت أن الشخص المتهم مؤهل للمثول للمحاكمة، وكما أشرنا فإن الأساس الذي يجب تطبيقه هو هل لدى المتهم القدرة على التشاور بقدر كاف مع المحامي الخاص به، وهل يمكنه فهم الإجراءات القضائية. ولابد للمحكمة أن تنظر بعين الاعتبار إلى أدلة مثل السلوك غير المنطقي وكذلك أية بيانات نفسية أو طبية قد تحول دون أهلية المتهم. وعلى الرغم من ذلك، فمقارنة بالدفع بحجة الجنون، نجد أن الاعتقاد بأن الشخص مريض عقليا لا يعني بالضرورة أنه غير أهل للمثول للمحاكمة، فالشخص المصاب بالفصام مثلا، قد يظل فاهما للإجراءات القانونية، وقد يكون قادرا على مساعدة من يدافع عنه. Winick, 1997 . وفي أهم الاكتشافات 16-1 تناولنا قضية "أندريا ياتس Andrea Yates" حيث اتضح أن لديها الأهلية للمحاكمة على الرغم من الإجماع الواضح بأنها مريضة عقليا.

إن الحكم بعدم الأهلية للمثول للمحاكمة له عواقب وخيمة بالنسبة للفرد، فالكفالة مرفوضة بشكل تلقائي، حتى إذا كانت ستمنع الحكم بشكل روتيني إذا لم يتم إثارة مسألة عدم الأهلية، وفي العادة يتم احتجاز الشخص في أحد المستشفيات لإجراء الفحص قبل المحاكمة، وخلال هذه الفترة من المفترض أن يتلقى الشخص المتهم العلاج لجعله أهلا للمثول للمحاكمة. وفي غضون ذلك، قد يفقد وظيفته أو قد يعاني الانفصال عن الأسرة والأصدقاء، والابتعاد عن البيئة المألوفة لديه لمدة شهور أو حتى سنوات، وربما يؤدي ذلك إلى أن تسوء حالته العاطفية ومن ثم يجعل من الصعب جدا إظهار الأهلية للمثول للمحاكمة.

حالة سريرية: يولاندا Yolanda

يولاندا Yolanda سيدة أمريكية من أصل إفريقي تبلغ من العمر 51 عاما. ألقي القبض عليها بعد أخذها صندوق كعك من متجر محلي Quick Mark. وعندما تم القبض عليها، زعمت أنها كانت في حاجة ماسة إلى قطع الكعك كي تطعم الأجنة السبعة التي تنمو بداخلها، وزعمت أن المناضل مالكوم إكس Malcolm X هو أبو الأطفال الذين ستلدهم عما قريب، وأنها عما قريب ستصبح ملكة على المدن الجديدة New Cities، وعند سؤالها ما هذه المدن، أجابت بأنها عبارة عن نظام عالمي جديد سوف يتحقق عندما تصطف السحب مع كواكب المشترى وزحل والزهرة.

أدركت المحامية الموكلة عنها للوهلة الأولى أنها ليست جاهزة للمثول للمحاكمة، فطلبت إجراء جلسة استماع لتحديد الكفاءة والأهلية، وقامت بالترتيب مع أحد الأطباء النفسيين لإجراء تقييم له.

تم تشخيص حالة يولاندا بأنها تعاني انفصام الشخصية، وأن اضطراب أفكارها كان واضحا لدرجة أنها لم تكن تدرك أنها متهمة بالسرقة. علاوة على ذلك، فلم يكن بوسعها

مساعدة المحامية الموكلة بالدفاع عنها في إعداد حجة للدفاع. بل كانت يولاندا تنظر إلى المحامية على أنها تشكل تهديدا على صغارها الذين لم يولدوا بعد، وأنها ستحرمها حقها في منصب الملكة. وفي أثناء جلسة للاستماع لنظر أهليتها، أوضح القاضي أن يولاندا لا تتوافر فيها الأهلية للمثول أمام المحاكمة، وقرر أن يتم إيداعها في المستشفى الشرعي لمدة ثلاثة أشهر، يتم بعدها إجراء تقييم آخر لأهليتها.

وفي المستشفى، تم وصف عقار الأولزابين - Olanzapine ليولاندا، وأصبح تفكيرها أكثر ترابطا وتنظيما بعد مرور شهرين، وقد باشرت طبيبة نفسية حالة يولاندا، وكانت تعلمها أشياء حول نظام العدالة الجنائية.

كانت هذه الطبيبة تعمل مع يولاندا لمساعدتها على فهم ما يعنيه الاتهام بالسرقة، ومن هو محامي الدفاع، ومن هو محامي الادعاء، ومن هو القاضي، وما هيئة المحلفين. في نهاية الثلاثة شهور، قام طبيب مختلف بتقييم حالة يولاندا، وأصدر توصياته بأنها أصبح لها الآن الأهلية للمحاكمة، وقد حضرت محامية يولاندا إلى المستشفى والتقتها لمناقشة القضية، وكانت قادرة على مساعدة هذه المحامية من خلال إخبارها عن المرات التي تم احتجازها فيها في المستشفى قبل ذلك، وعن تاريخ علاجها من الفصام. أدركت يولاندا أنها ليست حامل، إلا أنها لا تزال متمسكة بأفكارها حول المدن الجديدة، غير أن يولاندا قد فهمت أنها قد قامت بسرقة علبة الحلويات، وأن هذا هو السبب في ضرورة ذهابها إلى المحكمة، وفي جلسة الاستماع التالية، تقرر أن يولاندا لديها الأهلية للمثول للمحاكمة، وبعد مرور شهرين ذهبت إلى المحكمة مرة أخرى، وقد قامت في هذه المرة بتقديم حجة "ليس مذنبا بسبب إصابته بالجنون NGRI "، وبعد مرور إجراء محاكمة قصيرة، قبل القاضي عذرها بأنها ليست مذنبة لإصابتها بالجنون NGRI، ومن ثم عادت مرة أخرى إلى المستشفى، وقد كانت أهداف العلاج حينئذ تتركز في مساعدة يولاندا على التعافي من الشيزوفرينيا، وليس إعادتها لتكون أهلا للمحاكمة.

أهم الاكتشافات 16-1

نظرة أخرى على الجنون مقابل المرض العقلي:

في العشرين من يونيو عام 2001، وتحت وطأة اعتقادها بأن أطفالها الخمسة، الذين تتراوح أعمارهم من ستة أشهر إلى سبع سنوات، قد حكم عليهم باللعنة الأبدية، فقامت السيدة البالغة من العمر 37 عاما تدعى أندريا ياتس Andrea Yates وتعيش مع زوجها وأطفالها في بمدينة هيوستن بولاية وتكساس بإغراق كل طفل بطريقة مخططة في حوض الحمام، وذلك وفق التقرير الذي نشرته شبكه CNN الإخبارية على موقعها على الإنترنت كما يلي:

عندما وصلت الشرطة إلى المنزل المتواضع المبني من الطوب الواقع في زقاق الشاطئ بضاحية هيوستن وجدت أندريا مبللة بماء الحمام الذي غطى سترتها الوردية وحذاءها الجلدي، وكانت قد عادت لتفتح صنبور الحمام لملء الحوض المصنوع من البورسلين، وكانت قد أزاحت السجادة الخشنة لتعطي نفسها الفرصة كي تجثو على الأرض بركبتيها، وقد استغرق منها الأمر بعض الجهد وهي تطارد آخر أطفالها، وانتهت المطاردة في حجرة الأسرة حين انزلقت على البلاط الأملس، وقد تركت على الأرضية آثار أقدامها المبللة عندما كانت تنتقل من عند الحوض إلى غرفة النوم، حيث كانت تلف أبناءها بالبطاطين وهم مرتدون سترات النوم التي ألبستها لهم، وقد طلبت النجدة على رقم 911، وبعد ذلك طلبت زوجها في التليفون قائلة "لقد حان الوقت، لقد قمت بكل شيء أخيرا".. قالت ذلك قبل أن تطلب من زوجها أن يأتي إلى المنزل، ثم وضعت السماعة".



أندريا ياتس Andrea Yates التي أغرقت أطفالها الخمسة وتحججت بحجة ليس مذنبا ولكنه مريض عقليا، وعلى الرغم من أنها تعاني مرضا عقليا، إلا أن حجتها الأولى لم تنجح وذلك لأن الحكم عليها قد رأى أنها قادرة على التمييز بين الصواب والخطأ، وبعد أن صدر الحكم المبدئي عليها، نجحت حجتها بأنها غير مذنبة ولكنها مريضة عقليا عند المحاكمة الثانية

أصيب الشعب بالصدمة من أفعالها، وفي الشهور التي أعقبت حوادث القتل، ظهرت معلومات عن أندريا تفيد بمعاناتها من نوبات اكتئاب متكررة، وخاصة بعد عملية الولادة، وكذلك عن محاولاتها العديدة للانتحار، والمرات المتعددة التي أدخلت فيها إلى المستشفى بسبب الاكتئاب الحاد.

عقدت محاكمتها بعد مرور ثمانية أشهر، وقد زعم الدفاع أنها كانت مريضة عقليا وقت ارتكابها لجرائم القتل - وفي فترات كثيرة من الوقت قبل وقوع هذه الأحداث، ولم يكن أيضا بوسعها أن تميز الخطأ من الصواب عندما ساقت أطفالها إلى الموت، إلا أن الادعاء قال بأنها كانت تعرف الصواب من الخطأ، وبالتالي ينبغي الحكم بأنها مذنبة. غير أن هيئة الادعاء والدفاع قد اتفقا على أمرين: 1 أنها قد قامت بقتل أطفالها، 2 وأنها كانت مريضة عقليا وقت قيامها بتنفيذ عملية القتل. في حين أنهما قد اختلفا حول مسألة جوهرية وهي هل مرضها العقلي يعني عدم قدرتها على تمييز الصواب من الخطأ، وهو قاعدة ماكنوتن المعروفة حول المسئولية الجنائية.

وتظهر هذه المحاكمة صعوبة إقامة دفاع ناجح بحجة الجنون، كما أنه يعد مثالا واضحا على الاختلاف الكبير بين المرض العقلي وبين الجنون، ولا يختلف أي شخص على أنها كانت تعاني الاكتئاب الحاد، بل من المحتمل أنها كانت مصابة بالذهان عندما أقدمت على قتل أطفالها الصغار الخمسة، ولكن كما رأينا، فإن المرض العقلي ليس هو الجنون القانوني Legal Insanity، ومن خلال تطبيق مبدأ الصواب والخطأ، لم تستمر مشاورات هيئة المحلفين سوى لمدة ثلاث ساعات فقط وكان ذلك بتاريخ 12 مارس من عام 2002، واتخذت قرارها بأن المتهمة مذنبة. ورفض أعضاء هيئة المحلفين حجة الدفاع بأن أندريا لم يكن بوسعها تمييز الصواب من الخطأ وقت ارتكابها الجريمة، وفي 15 مارس اتخذت هيئة المحلفين قرارا بالإبقاء على حياتها، وقرر القاضي أن يتم إيداعها السجن مدى الحياة، وأن لا تحصل على إطلاق سراح مشروط لمدة 40 عاما.

أثارت المحاكمة والقرار بأنها مذنبة عاصفة من الجدل الإعلامي والنقاش بين كثير من الناس، فكيف لم تضع هيئة المحلفين في اعتبارها جنون هذه السيدة؟ ولو أن هذه السيدة ليست مجنونة، فمن الذي يمكنه الحكم بذلك؟ وهي ينبغي إسقاط قاعدة ماكنوتن للصواب والخطأ من القوانين الموجودة في نصف الولايات المتحدة؟ ألا تدل مكالمتها الهاتفية التي طلبت فيها النجدة على الرقم 911 للإبلاغ عما قامت به على أنها كانت تعرف أنها قد ارتكبت أمرا فادحا؟ ألا تعكس الطريقة الحذرة والمنهجية التي استخدمتها في قتل أطفالها فكرة أنه وعلى الرغم من الاكتئاب العميق والتفكير المليء بالأوهام الذي تعانيهما، فإنها تمكنت من وضع خطة معقدة وقامت بتنفيذها بشكل ناجح؟ وهل تلقت علاجا مناسبا من الأطباء النفسيين، وخصوصا من الطبيب الذي أوقفها عن تناول العقاقير المضادة للذهان التي كانت مفيدة بالنسبة لها، وأعادها إلى المنزل بدون متابعة كافية؟

وكما يتضح لنا أن هذه ليست إلا بعض الأسئلة التي أثارتها محاكمة أندريا، وفي يناير من عام2005 قامت إحدى محاكم الاستئناف برفض إدانة أندريا بالقتل، وذلك لأن هيئة المحلفين قد استمعت لشهادة خاطئة من أحد الشهود الخبراء، والتي ربما تكون قد أثرت على نحو غير ملائم على قرار أعضاء هيئة المحلفين، فقد أدلى أحد الشهود لهيئة الادعاء بشهادة قال فيها إن سلوك أندريا ربما يكون قد تأثر بالحوادث التي يعرضها أحد المسلسلات التلفزيونية وهو مسلسل القانون والنظام Law and Order ، وأن حلقة منه تضمنت عرض حالة لامرأة تعاني الاكتئاب تغرق أطفالها، وقد استخدمت هذه الشهادة لدعم حجة الادعاء والتي تفيد بأن أندريا كانت تعلم الصواب من الخطأ. وعلى الرغم من ذلك، فإنه لم يكن هناك أي حادثة من هذا النوع قد عرضها هذا المسلسل التلفزيوني، ولذلك فإنه من غير الممكن أن تكون أندريا قد تأثرت بهذا البرنامج، وعقدت محاكمة جديدة لها بتاريخ 26 يوليو 2006 وبعد ثلاثة أيام من المداولات، وجدت هيئة المحلفين

الجديدة أن أندريا ليست مذنبة نظرا لإصابتها بالجنون، وتم وضعها بمستشفى احتجازي هو الأشد حراسة في ولاية تكساس، وفي عام 2007 تم نقلها إلى مستشفى آخر شديد الحراسة لتنتظر جلسة استماع جديدة في خريف 2011، وقد تشهد هذه الجلسة إطلاق سراحها من المستشفى إذا ثبت أنها لم تعد مريضة عقليا أو خطرة.

وفي عام 1972 عرضت على المحكمة العليا قضية عرفت باسم قضية جاكسون ضد ولاية إنديانا Jackson Vs. Indiana ، دفعت الولايات إلى الإسراع في تحديد عدم الأهلية، وقد كانت القضية تختص برجل أبكم معاق ذهنيا، وكان هناك اعتقاد بأنه لا يعد أهلا للمحاكمة، ليس هذا فحسب بل كان من المرجح ألا يصل إلى حالة الأهلية مدى الحياة، وقد أصدرت المحكمة حكما بأن طول فترة الاحتجاز قبل المحاكمة لابد أن يكون محددا بالوقت الذي تستغرقه عملية تحديد ما إذا كان من المرجح أن يؤدي العلاج أثناء هذه الفترة من الاحتجاز، إلى جعل المتهم أهلا للمحاكمة أم لا، وإذا كان من غير المرجح أن يصل إلى حالة الأهلية إلى الأبد، فإنه يتعين على الولاية بعد هذه الفترة، إما أن تبدأ في إجراءات الاحتجاز المدني وإما أن تفرج عن المتهم، ويحدد الشرع في معظم الولايات بشكل أكثر دقة أقل المتطلبات للأهلية للمثول للمحاكمة، من خلال وضع حد للمعيار الذي حرم آلاف الأشخاص من حقوقهم في إجراءات قضائية رسمية التعديل الرابع عشر ، وحقهم في إجراء محاكمة سريعة التعديل السادس . ولا يمكن احتجاز المتهمين في الوقت الحالي لتحديد أهليتهم، لفترة أطول من أقصى عقوبة قد يواجهونها، واليوم أصبح تقرير أهلية الشخص للمثول للمحاكمة أمرا يتخذ خلال فترة لا تتعدى ستة أشهر، وبالنسبة للأشخاص الذين يعانون إعاقات ذهنية أو من أمراض عقلية خطيرة كالفصام وهي مشكلات تحتاج إلى فترة علاج طويلة بالمستشفى، فإنه قلما يتم وصفهم بأنهم مؤهلون للمثول أمام المحكمة Zapf & Roesch, 2011 .

وللعلاج الدوائي تأثير في مسألة الأهلية، فمن ناحية نجد أن مصطلح "السلامة الزائفة للعقل" Synthetic Sanity Schwitzgebl & Schwitzgebl 1980 يشير إلى أنه لو أن عقارا مثل عقار الثورازين -Thorazine مثلا سيؤدي إلى إضفاء العقلانية على متهم مضطرب الفكر، ولكن هذه العقلانية مؤقتة، فإن المتهم يمكنه أن يواصل الإجراءات، مع احتمال أن يصبح المتهم فاقدا للأهلية مرة أخرى للمثول للمحاكمة إذا تم سحب العقار والتوقف عنه، هذا الاحتمال لا يجرد الشخص من أهليته للوقوف أمام المحكمة، وعلى الناحية الأخرى يجب حماية الحقوق الفردية للمتهم فيما يتعلق بفرض العلاج الدوائي عليه قسرا، وذلك لعدم وجود ما يضمن بأن هذا الدواء سوف يجعل الشخص أهلا للمحاكمة، وهناك احتمال بأن يؤدي ذلك إلى الإضرار بالشخص المتهم. وهناك قرار تال للمحكمة العليا يقضي بأن لا يمكن بشكل عام إجبار المتهم الجنائي على تناول أدوية نفسية عقلية، بغرض جعله مؤهلا للمحاكمة، وتطلب المحاكم الآن توفير حماية للمتهم من الإجبار على

تعاطي الأدوية وذلك لضمان حماية الحقوق المدنية للمتهم، حتى إذا كان العقار يمكنه إعادة الأهلية القانونية للمحاكمة.

وفي عام 2003 أصدرت المحكمة العليا قاعدة جديدة مفادها أن استخدام هذه العقاقير التي تجعل الشخص مؤهلا للمثول أمام المحكمة ممكن في حالات محدودة، وفي هذه القضية اتهم طبيب الأسنان تشارلز سييل Charles Sell الذي يعمل بمستشفى سانت لويس عام 1997 بتهمتين مختلفتين، وهما الاحتيال والتآمر لقتل موظف سابق، وعميل بمكتب التحقيقات الفيدرالي الذي ألقى القبض عليه، وتم تشخيص حالة تشارلز فيما بعد بأنه يعاني الاضطراب الوهمي Delusional Disorder، واتضح أنه غير أهل للمحاكمة. ولم تكن هذه التهمة بمثابة جريمة عنف في جوهرها، كما أن المحكمة العليا رأت أن العلاج الدوائي الإجباري ليس له ما يبرره في هذه القضية، وقد أصدرت المحكمة حكما يقضي بأنه لا يمكن استخدام الدواء الإجباري إلا في حالة فشل الأنواع البديلة من العلاج، وفي حالة ما إذا كان الدواء سيكون فعالا، وإذا كان الدواء لا يحول دون حق الشخص في الدفاع عن نفسه عند المحاكمة، وفي حالة ما إذا كانت هناك مصلحة حكومية مهمة من وراء محاكمة المتهم الذي ارتكب جريمة خطيرة.

بالنسبة لما يتعلق بأن الأدوية هي أفضل الوسائل وأكثرها فاعلية فيما يتعلق بتأهيل الشخص للمثول أمام المحكمة، فقد أوضحت الأبحاث أن معظم الأدوية تعمل على تقليل ظهور الأعراض، فيبدون وكأنهم مؤهلين للمثول أمام المحكمة، ولكن لا تزال هناك حاجة للمزيد من الأبحاث، وفيما يبدو فإن تثقيف الشخص بشأن الإجراءات القضائية قد يساعد على استعادة أهليته للمثول أمام المحكمة، إلا أن التثقيف بدون تلقي العلاج الدوائي لن يكون مجديا Zapf & Roech, 2011 .

وحتى إذا كان الشخص المصاب بالاضطراب العقلي مؤهلا للمثول أمام المحكمة، فربما يكون غير قادر على مساعدة الدفاع الخاص به، وفي عام 2008 أصدرت المحكمة العليا قرارها بأنه يحق للقاضي إنكار حق المتهم في الدفاع عن نفسه إذا ما اتضح له أن المدعى عليه قد لا يحظى بمحاكمة عادلة، ويناقش قسم أهم الاكتشافات 16-2 التحديات غير العادية التي يفرضها اضطراب الهوية الانفصالية في عمليات القيد الجنائي.

أهم الاكتشافات 16-2

اضطراب الهوية الانفصالية والدفاع بالجنون:

تخيلي أنك تتناولين فنجانا من القهوة ذات صباح، وإذ بك تسمعين طرقا على الباب، فتهبين مسرعا لتفتحيه، فتجدي ضابطي شرطة يحدقان فيك بتجهم، ويسألك أحدهما: هل أنت جان سميث؟ فتجيبينه قائلة: نعم، فيرد عليك: حسنا سيدتي، أنت مقبوض عليك بتهمة

سرقة كبرى، وبتهمة قتل جون دوي، وبعد ذلك يقرأ عليك الضابط حقوقك في تعيين محام ضد الاتهامات الموجهة إليك، ثم يكبلك بالأصفاد، ويقتادك إلى قسم الشرطة، وهناك يتم السماح لك بإجراء مكالمة هاتفية للاتصال بمحاميك.

سيكون ذلك موقفا مخيفا لأي شخص، وما قد يكون مرعبا ومحيرا لك ولمحاميك بشكل خاص هو أنك لا تذكر أبدا أنك قد ارتكبت الجريمة التي يصفها المحقق بالتفصيل لاحقا، فتعتريك الدهشة والذعر لأنك لا تجدين تفسيرا للفترة التي تم فيها ارتكاب الجريمة، ففي الحقيقة لا يبدو بذاكرتك أي شيء على الإطلاق عن هذه الفترة، وكأن الأمر لا يبدو غريبا بما فيه الكفاية، فيعرض المحقق أمامك شريط فيديو تقومين فيه بشكل واضح بإطلاق النار على موظف البنك أثناء قيامك بالسرقة، ويسألك المحقق: أليس هذا الشخص الذي يظهر في شريط الفيديو هو أنت؟ تتشاورين مع محاميك، وتخبرينه أن هذا الشخص بالتأكيد يشبهك، حتى ملابسه تشبه ملابسك، غير أن المحامي ينصحك بعدم الاعتراف بأي شيء بشكل أو بآخر.

ولنقفز بالوقت لنصل إلى المحاكمة التي تجرى لك بعد بضعة شهور لاحقا، وحضر الشهود أمامك وتعرفوا عليك دون أدنى شك، غير أنك لا تعرفين أي شخص منهم، ويمكنك أن تشهدي بأنك كنت في مكان غير البنك في ظهيرة اليوم الذي وقعت فيه السرقة والقتل، ولكن هل قمتِ حقا بقتل الموظف في البنك؟ في وسعك التأكيد لنفسك ولهيئة المحلفين أنك لم تقتلينه؟ ولكن حتى الآن، فحتى أنت تبدين مقتنعة بأن الشخص الذي يظهر في شريط الفيديو هو أنت، وأن هذا الشخص هو الذي ارتكب جريمتي السرقة والقتل.

ونظرا لغرابة القضية، قام محاميك قبل المحاكمة بالترتيب لإجراء مقابلة لك مع مختص نفسي، وطبيب نفسي سريري. وكلاهما خبير مشهور في الأمور الشرعية القضائية، ومن خلال التحقيق المطول قررا أنك تعانين اضطراب الهوية الانفصالية Dissociative Identity Disorder- DID ، وأن من ارتكب الجريمتين لم يكن أنت، وإنما هو البديل العنيف لك "لورا"، وقد ظهر في واقع الأمر، في إحدى المقابلتين، وتباهى بالجريمة بل وسخر من أن "جان" الحقيقية سوف يزج بك إلى السجن بسبب هذه الجريمة.

هل من الممكن أن يكون اضطراب الهوية الانفصالية DID عذرا لفعل إجرامي؟ هل ينبغي الحكم على "جان سميث" بأنها مسئولة عن جريمة ارتكبتها لاحقا بديلتها لورا؟

وفي مراجعات الكتابات التي كتبت حول اضطراب الهوية الانفصالية DID ودلالاتها الشرعية القضائية، وفي عام 1997، أشارت "إيلين ساكس Ellyn Saks" من مركز الدراسات القانونية بجامعة ثاوث كاليفورنيا إلى أنه ينبغي النظر إلى اضطراب الهوية الانفصالية DID باعتباره حالة خاصة في قانون الصحة النفسية، وأنه ينبغي وضع هذا المبدأ القانوني وإثباته، وقد تناولت أطروحتها قضية مرتبطة بالممارسة القانونية يمكن

أن تحكم بمسئولية الشخص السببية عن الجريمة طالما أن تصرف الشخصية في وقت الجريمة كان يهدف إلى ارتكاب هذه الجريمة.

وأهم ما يتعلق بوجهة نظر "ساكس" هو أنها تخصص جزءا كبيرا لتعريف معنى الشخصية Personhood، فمن هو الشخص؟ هل الشخص هو الجسد الذي نسكنه؟ حسنا، فمعظم الوقت لا يتعارض إحساسنا بمن نحن كأشخاص مع الأجساد التي نعلم أنها أجسادنا، أو بالأحرى، التي يعرفها الآخرون على أنها نحن. غير أنه لا يوجد تعارض في اضطراب الهوية الانفصالية DID. فالجسد الذي ارتكب الجرائم في البنك هو جين سميث، لكن بديلتها لورا هي التي ارتكبت الجريمتين، وترى "ساكس" - ما قد يبدو غريبا أن القانون ينبغي أن يهتم بالجسد فقط باعتباره وعاء للشخصية أو للذات الإنسانية،، فالشخص هو من يستحق أو لا يستحق اللوم وليس جسده، وطوال الوقت يعتبر الاثنان شيئا واحدا، ولكن في حالة اضطراب الهوية الانفصالية DID لا يكونان كذلك بمعنى أن "لورا" قد ارتكبت جريمة القتل باستخدام جسد "جان".

إذن فهل نلقى اللائمة على "جان"؟ فإن "جان" الشخص لم ترتكب الجريمة، بل إنها لا تعرف عنها شيئا، ولكي يفرض القاضي عقوبة على "جان"، أو بشكل أكثر تحديدا على الجسد الموجود في قاعة المحكمة، والذي عادة ما يطلق عليه هذا الاسم، فإن الحكم سيكون جائرا، وتشير "ساكس" إلى أن "جان" بريئة من الناحية الوصفية، ومن المؤكد أن الزج بها في السجن سيكون عقابا لبديلتها "لورا" فإذا ظهرت في أي وقت فستجد نفسها حبيسة بين جدران السجن. ولكن ما وضع "جان"؟ تخلص "ساكس" إلى أن إلقاء "جان" في السجن سيكون ظلما، لأنها لا تستحق اللوم، بل لابد أن ننظر إليها على أنها بريئة غير مذنبة بسبب إصابتها باضطراب الهوية الانفصالية DID وأن نأمر بعلاجها من هذا الاضطراب.

وعلى الرغم من ذلك فإن اضطراب الهوية الانفصالية لن يكون تبريرا لاتخاذ قرار "ليس مذنبا بسبب الإصابة بالجنون NGBI"، فإذا كان البديل الذي لم يرتكب الجريمة مدركا لنية البديل الآخر وهدفه الإجرامي، ولم يقم بفعل شيء لمنع وقوع الفعل الإجرامي، ففي ظل هذه الظروف، فإن البديل الأول لن يكون مشتركا في الجريمة، وبالتالي فإنه لن يكون مستحقا للوم نوعا ما، وهناك مقارنة تشير فيها "ساكس" إلى الشخصيتين الخياليتين لروبرت لويس ستيفنسون Robert Louis Stevenson شخصيتي دكتور "جيكل"، والسيد "هايد"، فقد صنع الدكتور "جيكل" بتناول جرعة تسببت في ظهور السيد "هايد"، بديله، مع معرفته المسبقة بأن "هايد" سيقترف الشرور. لذا فعلى الرغم من أن "جيكل" لم يكن موجودا عندما يكون "هايد" مسئولا، إلا أنه يستحق اللوم على الرغم من ذلك، وذلك لمعرفته المسبقة بما سيقوم "هايد" بفعله. إضافة إلى أنه قد قام بصنع الجرعة التي أوجدت بديله "هايد".

تتفاءل "ساكس" بفاعلية علاج اضطراب الهوية الانفصالية DID، ولديها اعتقاد بأن الأشخاص الذين يشبهون "جان/لورا" يمكنهم أن يندمجوا في شخصية واحدة، ومن ثم يتم الإفراج عنهما لينضما مرة أخرى إلى المجتمع. وتذهب "ساكس" إلى أبعد من ذلك بكثير، إذ ترى أن الأشخاص الذين يعانون اضطراب الهوية الانفصالية DID ممن حكم عليهم بأنهم يشكلون خطورة ولم يرتكبوا أية جريمة ينبغي أن يكونوا خاضعين للاحتجاز المدني، على الرغم من أن ذلك سيكون معادلا ومساويا للاحتجاز الوقائي. وتشير "ساكس" إلى أن هذه الطريقة قد تساعد على تجنب وقوع الجرائم في المستقبل.

الجنون، والإعاقة الذهنية، وعقوبة الإعدام Insanity, Intellectual Disability, and Capital Punishment:

كما رأينا، فإنه يمكن أخذ الحالة العقلية للشخص المتهم في الاعتبار لتحديد ما إذا كان هذا الشخص أهلا للمحاكمة و/أو إذا كان ينبغي الحكم بمسئوليته القانونية عن فعل جنائي، وفي بعض حالات نادرة جدا يكون الجنون أو القدرة العقلية للشخص قضية تثار بعد الإدانة، والسؤال هنا:هل ينبغي الحكم بإدانة الشخص الذي ارتكب جريمة عقوبتها الإعدام، ومعاقبته بالموت إذا كانت حالته العقلية سليمة من الناحية القانونية وقت تنفيذ الجريمة؟ بل وإذا كان هناك اعتقاد بأن الشخص يعاني اضطرابا عقليا متزايدا ما كان يطلق عليه سابقا الإعاقة الذهنية وأنه لا يقدر على إدراك ما سيحدث له؟

أثيرت مسألة الجنون وعقوبة الإعدام في شهر إبريل من عام 1998 في ولاية كاليفورنيا في قضية هوراس كيلي Horace Kelly، وهو رجل في التاسعة والثلاثين من عمره، وجد أنه مذنب في حادثتي اغتصاب وقتل وحشي لسيدتين، وذبح صبي عمره 11 عاما في عام 1984، وبينما لم تكن الحالة العقلية لكيلي مطروحة في وقت المحاكمة، إلا أن المحامين الموكلين بالدفاع عنه أثاروها بعد مرور 12 عاما، وقبل أيام فقط من موعد تنفيذ حكم الإعدام فيه بواسطة حقنة مميتة، فدفعوا بأن صحة كيلي العقلية قد تدهورت أثناء فترة احتجازه وسجنه



حكم على هوراش كيلي Horace Kelly بالإعدام، ولكن هذا الحكم لم ينفذ لأن المحاكم تلتزم بقاعدة عدم إعدام المجنون

وانتظاره تنفيذ الإعدام، لدرجة أن أحد محاميه قد أشار إليه بأنه أصبح معتوها، وقد استند محاموه إلى حكم المحكمة العليا في عام 1986، والذي يقرر أن من بين انتهاكات التعديل الثامن الذي يحظر العقوبات القاسية وغير العادية أن يتم إعدام شخص مجنون.

تضمن الدليل على مرض كيلي العقلي أثناء فترة سجنه تقارير قدمها الأطباء النفسيون توضح معاناته من الأوهام والهلاوس والتأثر غير الملائم، وقد أوضح زملاؤه المساجين وحراسه أنه يجمع برازه ويلطخ به حوائط زنزانته، وبحلول عام 1995 أي بعد مرور 10 سنوات من انتظاره تنفيذ حكم الإعدام، أوضح طبيب نفسي عينته المحكمة أن كيلي مجنون من الناحية القانونية، ومن ناحية أخرى، أفاد طبيب نفسي آخر بأنه عند سؤال كيلي عما يعنيه الإعدام بالنسبة له، جاء رد كيلي متسما بالعقلانية، إذ يرى أن ذلك يعني أنه لن يكون بمقدوره أن تكون له أسرة، كما أنه كان قادرا أيضا على تسمية اثنين من ضحاياه، وأن يهزم طبيبه النفسي أيضا قادرا على إلحاق الهزيمة بالطبيب النفسي عدة مرات في لعبة "إكس أو- "Tic-Tac-Toe، وفي يونيو من عام 1998، قرر أحد القضاة الفيدراليين عقد محاكمة، فانعقدت المحكمة الأمريكية العليا في إبريل من عام 1999 لتأجيل تنفيذ حكم الإعدام في كيلي، والسماح لمحاميه بالمرافعة، فجاء في مرافعاتهم أنه لا ينبغي إعدامه لأنه مجنون، وبعد هذه المداولات تم تأجيل إعدام كيلي بشكل دائم.

وفي عام 2007 أصدرت المحكمة العليا في الولايات المتحدة الأمريكية حكما آخر بالإعدام في قضية "سكوت بانيتي" Scott Panetti، وكان "بانيتي" قد أطلق الرصاص على والدي زوجته فقتلهما عام 1992، وقد شخصت حالته على أنها إصابة بالفصام، ودخل المستشفى عدة مرات قبل ارتكابه للجريمة، وفي هذه المحاكمة ترافع "بانيتي" عن نفسه وكان مرتديا ملابس راعي البقر وكان على وشك أن يعامل على أنه فاقد لأهلية المثول للمحاكمة، وكانت سجلات المحاكمة مليئة بالترهات والكلام غير المترابط الذي كان يردده، فعلى سبيل المثال فقد طلب إحضار يسوع المسيح للإدلاء بشهادته أمام المحكمة، وفي ختام مرافعته قال:

"القدرة على التفكير الصائب، والمنطق العام، ومنطق الحصان. هذه هي ولاية تكساس، ونحن لا نتحدث بمواراة، وإذا كنا نتحدث جيدا، فلنرم بالأنشوطة، هيا بنا نتحدث ونمسك بالحبال...".

وقد أصدرت محكمة ولاية تكساس حكما بإعدامه، ولكن محكمة الاستئناف أوقفت هذا الحكم، وقد حكمت المحكمة العليا في الولايات المتحدة بأن "بانيتي" لم يكن مدركا لسبب الحكم عليه بالإعدام، وهو ما يشير إلى اضطراب عقله وأعيدت القضية مرة أخرى لتقييم درجة جنونه عبر محكمة أقل درجة.

وفي عام 2002، أصدرت المحكمة الأمريكية العليا حكما بناء على قرار تم اتخاذه بأن بموافقة ستة أعضاء مقابل معارضة ثلاثة في قضية أتكينز ضد ولاية فرجينيا Atkins Vs. Virginia أن عقوبة الإعدام للأشخاص الذين يعانون إعاقة ذهنية تمثل عقوبة وحشية وغير عادية، وهو ما يحظره التعديل الثامن في الدستور الأمريكي. وعلى الرغم من ذلك، فإن المحكمة تركت مسألة تحديد الإعاقة الذهنية مفتوحة، تاركة الحرية للولايات في كيفية حفاظها على مقتضيات التعديل الثامن، ووفق ما أوضحناه في الحالة السريرية داريل أتكينز Daryl Atkins فقد يتباين تعريف الإعاقة الذهنية من ولاية إلى أخرى.

إذا لم يحكم على الشخص بالإعدام نتيجة لإصابته بالجنون، فما الأخلاقيات التي تضبط إعطاء الدواء لتحسين حالته العقلية؟ وقد حظيت هذه المسألة بالكثير من الاهتمام، وعلى سبيل المثال، في فبراير عام 2002، ألغت إدارة ولاية جورجيا للإعفاءات والتسريح عقوبة الموت الموقعة على شخص مدان بارتكاب جرائم اغتصاب وقتل، وذلك على أساس أنه مصاب بالأوهام لاحظ أنه لم ينل حكما بأنه غير مذنب بسبب الإصابة بالجنون NGRI، وأنه قد تم وضعه في الزنزانة المخصصة للمحكوم عليهم بالإعدام لمدة 16 عاما . ومما يزيد من أهمية هذه القضية أن هذا الشخص قد تم إجباره على تناول أدوية تؤثر على الحالة العقلية والنفسية أدت إلى تحسين حالته العقلية بما يكفي لأن يتوافر فيه المعيار الفيدرالي الذي يقضي بأنه لا يمكن تنفيذ حكم الإعدام إلا على الشخص السليم عقليا من الناحية القانونية Weinstein, 2002 .

حالة سريرية: داريل أتكينز Daryl Atkins

حكم على داريل أتكينز Daryl Atkins بعقوبة الإعدام في ولاية فيرجينيا، وذلك لارتكابه جريمتي اختطاف وقتل في عام 1996، وكان معدل ذكائه IQ عند 59، وهذا ما يضعه بين فئة يطلق عليها حاليا "التخلف العقلي المتنامي intellectual developmental disorder" والذي كان يشار إليه وقتها بوصف الإعاقة المتوسطة، وقال محاموه إن حدوده الفكرية تجعل عقوبة الإعدام عقوبة غير دستورية، وذلك لأنه يفتقد إلى القدرة على فهم العواقب المترتبة على أفعاله، وبالتالي فإنه لا يستحق اللوم على أفعاله من الناحية الأخلاقية، مثل الشخص ذي الذكاء الطبيعي.

وبعد ذلك في عام 2002 قضت المحكمة العليا فى قضية أتكينز بأن الإعاقة الذهنية تتحدد بمعدل ذكاء 70 درجة فأقل وأن يصحبها صعوبات في العناية بالنفس والتفاعل الاجتماعي، ففي ولاية فرجينيا لابد للمتهم أن يقنع هيئة المحلفين بالإعاقة الذهنية عن طريق استخدام معيار "ما بعد رجحان الدليل" انظر جدول 16-2 . ومنذ عام 1998، خضع "أتكينز" لاختبار الذكاء أربع مرات، وقد سجل أقل من 70 في مرتين من الاختبار

سجل 59، 67 وسجل أعلى من 70 في المرتين الأخرتين 74، 76 ، وفي أغسطس من عام 2005، قررت هيئة المحلفين أن "درايل أتكينز" لا ينطبق عليه تعريف ولاية فرجينيا للإعاقة الذهنية، وعلى الرغم من أن قضية "أتكينز" قد ألغت تطبيق عقوبة الإعدام على الأفراد المصابين بإعاقة ذهنية بشكل فعال، إلا أن "داريل أتكينز" قد يواجهه عقوبة الإعدام في ولاية فرجينيا، لأن قرار هيئة المحلفين قد مهد الطريق لتنفيذ عقوبة الإعدام الأصلية. إلا أنه في يناير عام 2008 استبدل أحد القضاة في فرجينيا بحكم الإعدام الصادر ضد "أتكينز" عقوبة السجن مدى الحياة، ولم يكن السبب في هذا التغيير هو إعادة النظر في قدرة "أتكينز" العقلية، بل نتيجة لخطأ إجرائي وهو تلقين الشاهد والذي كشفه أحد المحامين.

الاحتجاز المدني Civil Commitment:

من الثابت تاريخيا أن الحكومة تلتزم بتوفير الحماية لمواطنيها من أي أذى، ونقر بحق وواجب الحكومة في وضع قيود على حريتنا من أجل حمايتنا، فعلى سبيل المثال، هناك قلة من السائقين تشكك في حق الدولة في فرض قيود عليهم من خلال وضع إشارات مرورية تجبرهم في الغالب على التوقف في الوقت الذي يكونون فيه على عجلة، فالحكومة لها حق ثابت منذ فترة طويلة، وعليها التزام بحمايتنا من أنفسنا وكأنها "الأب الروحي" Parens Patriae، في إشارة إلى سلطة الدولة، وحمايتنا من الآخرين بواسطة سلطة الشرطة الموجودة في الدولة. ويعد الاحتجاز أو الاعتقال المدني أحد التطبيقات الإضافية لهذه السلطات.

يمكن في كل الدول تقريبا احتجاز الشخص في أحد المستشفيات النفسية رغم أن حكما قد يصدر بأنه: 1 مريض عقليا، و 2 يمثل خطرا على نفسه أو على الآخرين، بمعنى أن يكون لديه ميل للانتحار أو غير قادر على توفير الاحتياجات الجسدية الأساسية المتمثلة في الغذاء، والكساء والمأوى Perlin, 1994 ، وفي الوقت الحاضر غالبا ما تعتبر الخطورة على الآخرين هي المعيار الأساسي، وتشير أحكام المحكمة إلى الخطورة الوشيكة باعتبارها المعيار الأساسي مثلا: اليقين بأن الشخص على وشك ارتكاب فعل عنيف ، وفي بعض الولايات، لابد أن يكون الحكم بوجود خطورة وشيكة أو خطر وشيك الحدوث له أدلة واضحة مثل وجود فعل أو محاولة أو تهديد علني ، وهناك بعض الولايات لا تشترط فعلا علنيا، في الحالة القانونية In Re: Albright, 836. P2d 1 Kan, App. 1992 836 Pzd, App. 1992 ، وقد تستمر عملية الاحتجاز ما دام الشخص يمثل خطرا.

تأتي إجراءات الاحتجاز بشكل عام ضمن إحدى فئتين: إجراءات رسمية أو إجراءات غير رسمية، فالاحتجاز الرسمي Formal القضائي يتم من خلال أمر صادر

من المحكمة. ويمكن أن يكون طالب الاحتجاز أي مواطن مسئول، وعادة ما تكون الشرطة، أو أحد الأقارب، أو أحد الأصدقاء، وإذا اعتقد القاضي أن هناك سببا قويا لمتابعة القضية، فإنه يأمر بإجراء فحص لصحة المتهم العقلية، وللشخص الحق في الاعتراض على هذه المحاولات التي تهدف إلى إثبات جنونه، ويمكن عقد جلسة استماع في المحكمة للسماح للشخص بتقديم دليل يمنع عملية احتجازه.

أما الاحتجاز غير الرسمي Informal، فهو الاحتجاز الطارئ للأشخاص المرضى عقليا، فيمكن القيام به بدون تدخل المحاكم بشكل مبدئي، فعلى سبيل المثال، إذا رأت إدارة أحد المستشفيات أن أحد المرضى الذين يطلبون الخروج بشكل طوعي، يمثل خطرا شديدا، وفي غاية الاضطراب بحيث لا يمكن تسريحه، فإن هذه الإدارة يمكنها أن تحتجز المريض بأمر احتجاز مؤقت وغير رسمي.

يمكن للشرطة أن تقتاد أي شخص لا يمكنه التحكم في تصرفاته، ويتصرف بخطورة، ثم تقوم بإيداعه أحد المستشفيات العقلية، ولعل أشهر إجراءات الاحتجاز غير الرسمي هو ما يعرف باسم "شهادة اثنين من الأطباء -PC2"، ففي معظم الولايات، يمكن لاثنين من الأطباء- لا يشترط أن يكونا أطباء سريريين- توقيع شهادة تسمح باحتجاز الشخص لفترة من الوقت تتراوح ما بين 24 ساعة إلى 20 يوما، ويحتاج الاحتجاز لمدة تزيد على هذه الفترة استصدار أمر احتجازي قضائي رسمي.

يطبق الاحتجاز المدني على أشخاص أكثر بكثير من الاحتجاز الجنائي، ولا يتسع مجال هذا الكتاب لإجراء دراسة تفصيلية حول مختلف قوانين الولايات الخاصة بالاحتجاز المدني، وترتيباته، فلكل ولاية قوانينها، وهذه القوانين تخضع لتغيير دائم قد لا يتوقف تقريبا، ويتمثل هدفنا في إلقاء نظرة شاملة تقدم فهما مبدئيا للقضايا والاتجاهات الحالية للتغير.

الاحتجاز الوقائي ومشاكل التنبؤ بالخطورة:

Preventive Detention and Problems in the Prediction of Dangerousness

يسود الاعتقاد أن الأشخاص الذين يعانون مرضا عقليا مسئولون عن جزء كبير من العنف المنتشر في المجتمع المعاصر، لكن الأمر في حقيقته يختلف عن هذه الصورة Bonta, Law & Hanson, 1998, Monahan,1992 ، إذ إن ما يقرب من ثلاثة في المائة فقط 3% من العنف في الولايات المتحدة له علاقة واضحة بالمرض العقلي Swanson, et al, 1990 . كما أن ما يقرب من 90% من الأشخاص الذين يتم تشخيص حالاتهم على أنهم مصابون بمرض نفسي الفصام بشكل أساسي لا يتسمون بالعنف Swanson, Holzer, Ganju et al, 1990 . إن الأشخاص المصابين بمرض عقلي - بالرغم من قلة عددهم نسبيا- ليسوا مسئولين عن جزء كبير من جرائم العنف، وخصوصا

عند مقارنتهم بمدمني المخدرات والخمور والذين غالبا ما يكونون من الذكور والفقراء في فترة العشرينات من العمر Corrigan& Watson, 2005, Mulvey, 1994 . توصلت الدراسة التي قام بها ماك آرثر MacArthur لتقييم خطورة العنف، وهي دراسة تناولت بمنظور واسع السلوك العنيف بين الأشخاص الذين تم إخراجهم حديثا من مستشفيات نفسية، إلا أن المرضى الذين يعانون المرض العقلي والذين لا يتعاطون المخدرات لا يميلون إلى العنف أكثر من الأشخاص الذين لا يعانون مرضا عقليا ولا يتعاطون المخدرات Steadman, Mulvey, Monahan, et al., 1998 ، كذلك فعندما يتصرف المرضى الذين يعانون مرضا عقليا بشكل عدواني، فإن ذلك عادة ما يكون ضد أفراد الأسرة أو الأصدقاء، وغالبا ما تقع الحوادث في المنزل Steadman, et al., 1998 . وفي تحليل آخر من دراسة ماك آرثر، فإن المرضى الذين يعانون الأمراض العقلية تنتابهم أفكار عنيفة أكثر عند إقامتهم بالمستشفيات مقارنة بأولئك الذين لا يعالجون بالمستشفيات Grisso, Davis, Vesselinov, et al. 2000 وذلك على الرغم من أنهم لا يميلون للعنف بعد خروجهم من المستشفيات، فلم يظهر الميل إلى العنف إلا لدى مجموعة صغيرة من الأشخاص الذين يعانون المرض العقلي مثل أولئك الذين يتعاطون المخدرات أو الذين تظهر عليهم أعراض مزمنة للأفكار العنيفة. وجدت دراسة تحليلية موسعة حول العنف والمرض العقلي أن الأشخاص الذين يتم تصنيفهم ضمن فئة " المرض العقلي الرئيس" اضطرابات الفصام الطيفي، والاضطراب ثنائي القطبية، والاكتئاب الذي يحمل سمات المرض النفسي يكون لديهم ميل خفيف للعنف، ومرة أخرى نقول بأن هذا يتحقق في حالة إصابة الشخص بأعراض إيجابية للفصام راجع فصل-9 ، أو عند تعاطي المخدرات Douglas, Guy& Hart, 2009 ، ونادرا ما يتأثر عموم الناس بعنف صادر من هؤلاء الذين يعانون المرض العقلي، ورغم ذلك فهناك أشخاص بعينهم ممن يعانون المرض العقلي قد يكونون عنيفين.



ليس بالضرورة أن يكون الشخص المصاب بمرض عقلي عنيفا أكثر من غيره ممن لا يعانون المرض العقلي، وهذا يخالف الطريقة التي تصور الأفلام السينمائية بها المصابين بالمرض العقلي

التنبؤ بالخطورة :

يعد الإقدام على القيام بفعل خطير أمرا رئيسا لتقرير الاحتجاز المدني، ولكن هل يمكن التنبؤ بالخطورة؟ لقد توصلت الدراسات المبكرة التي تبحث في دقة التنبؤات والتكهنات بأن الشخص سوف يرتكب فعلا خطيرا إلى عدم قدرة المتخصصين في الصحة العقلية على إصدار هذا الحكم مثل: Kozol, Boucher, Garofalo, 1972, Monahan, 1973, 1976 .



جون مونهان John Monahan خبير التنبؤ بالخطورة

لقد تطورت الطرق التجريبية الجديدة التي تقيس وتتنبأ بالعنف وتحدد وتقيس عوامل الخطر التي تعتمد على القرار السريري مثل مقياس إدارة تاريخ المخاطرة السريرية 20 أو HCR-20، Webster، Douglas، Eaves، آخرين، 1997، أو من خلال المزج بين التقرير السريري والحسابات الإحصائية مثل: دليل قياس الميل للعنف VRAG, Quinsey, Harris, Rice, et al., 2006 ، ويبدو أن هذه المعايير تعمل جيدا إلا أنها لا تزال تفتقر إلى الدقة فيما يتعلق بالتنبؤ بالخطورة Skeem& Monahan, 2011 .

تشير الأبحاث إلى أن التنبؤ بالخطورة يكون أكثر دقة في ظل الاشتراطات التالية Cambpbell, Stefan & Loder, 1994, Monahan, 1984, Monahan & Steadman, 1994, Steadman, et al., 1998 :

- إذا كان الشخص عنيفا بشكل متكرر في الماضي القريب، فإنه من المعقول التكهن بأنه سوف يكون عنيفا في المستقبل القريب إذا لم تكن هناك تغيرات رئيسة في سلوكيات الشخص، وبيئته، ومن ثم، فإنه إذا تم وضع شخص عنيف في بيئة مقيدة، مثل المستشفى العقلي ذي الكثافة الأمنية العالية، فإنه/ها قد لا يكون عنيفا بشكل كبير، بعد تغير البيئة بشكل ملحوظ.
- إذا كان العنف موجودا في الماضي البعيد للشخص، وإذا كان فرديا ولكنه على درجة عالية من الخطورة كفعل، وإذا كان هذا الشخص قد تعرض للحبس لفترة من الزمن، عندئذ يمكن توقع العنف بعد الإفراج، إذا كان هناك سبب للاعتقاد بأن شخصية هذا الشخص التي تعرضت للاحتجاز قبل ذلك، وقدراته الجسدية لم تتغير، وإذا كان هذا الشخص سيعود إلى ذات البيئة التي كان عنيفا فيها سابقا.

- حتى مع عدم وجود تاريخ من العنف، يمكن التنبؤ بالعنف إذا تم الحكم على الشخص بأنه على وشك ارتكاب فعل عنيف، على سبيل المثال، إذا كان الشخص يقف موجها بندقية معبأة بالرصاص نحو مبنى مأهول بالسكان.

غالبا ما يكون العنف عند الأشخاص المصابين بمرض عقلي مرتبطا بعدم الاستجابة للدواء، Monahan,1992, Stedman et al., 1998 . يعتبر الاحتجاز الخارجي Outpatient Commitment أحد طرق زيادة الاستجابة للعلاج الدوائي، فهو إجراء يتم من خلاله السماح للمريض بمغادرة المستشفى، ولكن لابد أن يعيش في منزل تأهيلي Halfway House أو أي وسط آخر خاضع للإشراف على أن يتم تقديم تقارير منتظمة ومتكررة إلى هيئة الصحة العقلية، ويقدر ما يعمل الاحتجاز الخارجي للمرضى على زيادة الاستجابة لطرق العلاج الدوائي وغيرها من طرق علاج المرض العقلي- ودليل على ذلك ما أورده Munetz, Grande, Kleist, et al., 1996 ، إلا أنه يمكننا أن نتوقع انخفاض العنف. إن الخدمات الداعمة مثل المنازل التأهيلية يمكنها أن تقلل من فرص الإقدام الفعلي على ارتكاب الفعل عند الشخص الذي يميل إلى ارتكاب فعل عنيف Dvoskin& Steadman, 1994 ، ولمزيد من النقاش حول مسؤوليات المعالج النفسي فيما يتعلق بالتنبؤ بالخطورة، راجع أهم الاكتشافات: 16-3 .

نحو حماية أكبر لحقوق المرضى العقليين Toward Greater Protection of the Rights of People with Mental Illness

يعد دستور الولايات المتحدة بمثابة وثيقة مميزة، حيث إنه يوضح الواجبات الأساسية للموظفين الفيدراليين المنتخبين، كما أنه يضمن مجموعة من الحقوق المدنية، غير أن هناك فارقا كبيرا بين الإقرار والوصف المجرد للحق المدني، وبين تطبيقه يوميا، كذلك فإن القضاة يفسرون الدستور بشكل يؤثر على مشكلات معاصرة محددة. كذلك فنظرا لعدم ذكر المرضى الذين يعانون مرضا عقليا في أي مكان في هذا الدستور الذي يمثل حجر الأساس للديمقراطية الأمريكية، فإن المحامين يقومون بتفسير أجزاء مختلفة من هذه الوثيقة لتبريرها يعتبرونه ضروريا في معاملة المجتمع للأشخاص الذين تعد صحتهم العقلية ليست على ما يرام.

بالعودة إلى حقبة السبعينيات، نجد أن عددا من الأحكام القضائية سعت إلى حماية الأشخاص من الإجبار على تلقي العلاج بالمستشفيات ما لم تكن هناك ضرورة لذلك، فعلى سبيل المثال، فقد قررت المحكمة العليا سنة 1979 في قضية Addington Vs. Texas أنه لابد أن تقوم الولاية بتقديم دليل واضح ومقنع يثبت أن الشخص مريض عقليا ويعد مصدر خطورة قبل أن يتم احتجازه قسرا في أحد المستشفيات النفسية. وفي عام

1980، أصدرت محكمة الاستئناف في دورتها التاسعة حكما يقضي بضرورة أن يكون ذلك الخطر وشيك الحدوث.

إن احتجاز الشخص بالمستشفى رغما عنه هو أمر يقل حدوثه الآن، وذلك نتيجة للتغيرات التي شهدتها الرعاية الصحية فيما يتعلق باستمرار تقديم العلاج للمريض خارج المستشفى، وفي واقع الأمر فإن صعوبة قبول مزيد من المرضى بالمستشفيات تتفاقم أو حتى السماح ببقائه المريض بالمستشفى لمدة قصيرة، فكثير من حقوق المصابين بالمرض العقلي لا تزال مجتزئة. أشار تحليل للدعاوى القانونية المرتبطة بالصحة العقلية والمقدمة للجهات للقضائية الرسمية عام 2002 Corrugan, Watson, Heyrman, et al., 2005 إلى أن 75% منها تتعارض مع حريات الأشخاص الذين يعانون من المرض العقلي مثل: السماح بالعلاج الدوائي الطوعي ، 33% تخرق حقوق الخصوصية مثل: مشاركة سجلات الصحة العقلية من أجل السلامة العامة راجع أيضا أهم الاكتشافات 1-1 .

والآن نعود إلى مناقشة العديد من القضايا والتوجهات التي تدور حول الحماية المقدمة لمن يعانون الاضطرابات العقلية، وسنتناول مبدأ البديل الأقل تقييدا Least Restorative Alternative، وبدأ الحق في العلاج Right to Treatment، حق رفض العلاج Right to refuse Treatment، وختاما سنتناول المسائل العديدة التي تتعارض مع الجهود المبذولة لتوفير معالجة إنسانية للصحة العقلية مع احترام حقوق الأفراد.

البديل الأقل تقييدا Least Restorative Alternative:

كما لاحظنا سابقا فإن الاحتجاز المدني يقوم على أساس الخطورة المتوقعة، ويشترط ارتباطه بالظروف المحيطة، وقد يمكن الإقرار بأن الشخص خطر، إذا ما كان يعيش وحيدا في شقته، ولكنه لن يكون خطرا إذا ما كان مقيما بمصحة علاجية، ويتناول علاجه الدوائي كل يوم تحت إشراف طبي. يتم تقديم البديل الأقل تقييدا Least Restorative Alternative للحرية، عند معالجة الأشخاص المصابين بالمرض العقلي خشية أن يؤذوا أنفسهم أو الآخرين، وهناك العديد من أحكام المحاكم التي تقضي بأن أولئك الذين لا يستطيعون رعاية أنفسهم في بيئة أقل تقييدا هم الذين يتم تحويلهم للعلاج بالمستشفيات. بوجه عام، فإنه يتعين على المهنيين في مجال الصحة العقلية أن يقدموا أقل حدود المعالجة التي تقيد من حرية المريض على أن تظل طريقة المعالجة فعالة. إن حبس المريض العقلي هو أمر يخالف الدستور، خاصة إذا لم يكن خطرا، وكان قادرا على العيش بمفرده أو بمساعدة أسرة أو أصدقاء راغبين ومسئولين عن ذلك، وبالطبع، فإن هذا المبدأ لا يكون له أي قيمة إلا في مجتمع يوفر أماكن ومعالجات مناسبة، وهذا للأسف ليس موجودا بقدر الحاجة إليه.

الحق في العلاج Right to Treatment:

هو وجه آخر للاحتجاز المدني استرعى انتباه المحاكم، وهو المبدأ المعرف باسم الحق في العلاج Right to Treatment. فإذا تم حرمان شخص من حريته نتيجة لمرضه العقلي، وخطورته على نفسه أو الآخرين، فهل يكون مطلوبا من الحكومة تقديم المعالجة التي تعالج مشكلاته؟

يمتد الحق في العلاج إلى جميع من يقعون تحت الاحتجاز المدني، وهناك قضية شهيرة عام 1972 والمعروفة باسم قضية وايات ضد ستيكني Wyatt v. Stickney ، وفي هذه القضية أصدرت محكمة فيدرالية في ألباما بأن المعالجة بمستشفى الأمراض النفسية هي المبرر الوحيد للاحتجاز المدني لمن يعانون الاعتلال العقلي.

وقد جاء هذا الحكم في قضية غالبا ما تثار للتأكد من حماية الأشخاص الذين يقعون تحت الاحتجاز المدني، أو على الأقل أن الحكومة لا يمكنها أن تلقي بهم دون توفير الحد الأدنى من معايير الرعاية، وفي واقع الأمر، فإن الأشخاص الذين يعانون اضطراب النمو الذهني كمقابل لمن يعانون المرض العقلي لابد وأن تحدد جهة ومختصين رسميين ولايعفيهم هذا من واجبهم الدستوري في تقديم المعالجة والسلامة المقبولة وكذلك التدريب المناسب.

لقد كان الحكم في قضية وايات ضد ستيكني Wyatt v. Stickney ، مؤثرا وذلك لأن المحاكم كانت سابقا أنه يخرج عن نطاق صلاحيتها التقرير بشأن الرعاية التي تقدم لمن يعانون المرض العقلي، وكانوا يتحججون بأن المهنيين المتخصصين في الصحة العقلية هم وحدهم من تتوافر لديهم المعرفة حول العلاج النفسي وطرق المعالجة. إلا أن البلاغات بشأن الإساءات أخذت تتكرر، مما حدا بالنظام القضائي أن ينفذ تدريجيا لما يحدث خلف الجدران في مصحات العلاج العقلي. لقد أوضح حكم وايات متطلبات محددة لمستشفيات الأمراض العقلية/ منها على سبيل المثال: أن لا تقل مساحة الغرف عن 40 قدما مربعا، ووجود ستائر أو سواتر تضمن خصوصية المريض في غرف النمو الجماعية وعدم وجود أي عائق مادي إلا في حالة الضرورة. كما أن هذا الحكم حدد أيضا عدد الأفراد المهنيين المختصين في الصحة العقلية الذين لابد من وجودهم بالمستشفى، وفي الفترة التي واكبت الحكم، كانت ولاية آلاباما قد حددت طبيبا واحدا لكل 2500 مريض، وهذا أمر مريع. ولكن بعد إصدار الحكم أصبح هناك طبيبان على الأقل لكل 250 مريضا.

أهم الاكتشافات 3-16

حالة تاراسوف واجب التحذير والحماية The Tarasoff Case – The Duty to Warn and to Protect:

يحظى حق العميل في التواصل المتميز - الحق القانوني للعميل في أن يطلب بأن يبقى ما يحدث أثناء العلاج سريا- بحماية بالغة، غير أنها ليست حماية أو حقا مطلقا، فالمجتمع قد وضع منذ فترة طويلة شروطا تبيح عدم الحفاظ على السرية في هذه العلاقة، بسبب الضرر الذي قد يلحق بالآخرين. وهناك حكم شهير لمحكمة كاليفورنيا صدر في عام 1974 يوضح الظروف التي يمكن للمعالج أن يقوم فيها بخرق حرمة التواصل مع العميل، بل متى يتعين عليه القيام بذلك أيضا، وفي البداية سنتناول حقائق هذه القضية.

حالة سريرية:

في خريف عام 1968، قابل "بروزينجيت بودار Prosenejit Poddar" "تاتيانا تاراسوف Tatiana Tarasoff" في أحد دروس الرقص الشعبي، وهو طالب من الهند ويدرس في السنة النهائية في جامعة كاليفورنيا في منطقة بريكلي،، وكانا يلتقيان بشكل أسبوعي أثناء فصل الخريف، وفي عشية رأس السنة قامت بتقبيله، وقد فسر "بودار" هذا الفعل على أنه بمثابة إشارة إلى الخطوبة الرسمية. كما هى الحال في الهند، حيث إنه عضو في طائفة الهاريجان - Harijan أو الطائفة المحفوظة، غير أن "تانيا" أخبرته بأنها مرتبطة بأشخاص آخرين، وأشارت إلى أنها لا ترغب في إقامة علاقة حميمية معه.

أصيب بودار بالاكتئاب نتيجة رفضها، غير أنه كان يرى "تانيا" في مرات قليلة أثناء الربيع وكان يقوم من حين لآخر بتسجيل حواراتهم على أشرطة كاسيت محاولا فهم السبب الذي دفعها إلى رفض إقامة علاقة معه. سافرت "تانيا" إلى البرازيل في الصيف، وبإلحاح من أحد أصدقائه ذهب "بودار" إلى أحد مركز الرعاية الصحية للطلبة، وهناك حوله الطبيب النفسي إلى طبيب نفسي آخر لتلقي العلاج النفسي، وعندما عادت "تانيا" في أكتوبر من عام 1969، انقطع "بودار" عن العلاج، ووفقا لما أوضحه "بودار" عن نيته شراء بندقية، قام الطبيب النفسي بإبلاغ شرطة الجامعة، كتابيا وشفويا، بأن "بودار" شخص خطير وينبغي اقتياده إلى مركز اجتماعي للصحة العقلية لكي يتم احتجازه لتلقي العلاج النفسي.

أجرت شرطة الجامعة مقابلة شخصية مع "بودار"، الذي بدا عاقلا ووعد بالابتعاد عن "تانيا"، فأطلقوا سرحه وأبلغوا الخدمة الصحية. ولم يتم بذل المزيد لمحاولة احتجازه، وذلك لأن الطبيب النفسي المشرف قد قرر بشكل واضح أن هذه المحاولات ليست ضرورية، وطلب سرا أن يتم إعدام الخطاب الذي كان موجها إلى الشرطة وكذلك بعض سجلات العلاج.

وفي 27 أكتوبر، توجه "بودار" إلى منزل "تانيا" حاملا البندقية وسكين مطبخ، وقد رفضت التحدث إليه، مما دفعه إلى إطلاق النار عليها من بندقيته، ففرت هاربة من المنزل، إلا أنه لاحقها حتى لحق بها، ووجه إليه طعنات قاتلة. وقد وجدت المحكمة أن "بودار" مذنب بجريمة قتل إرادي عمدي، وليس قتلا من الدرجة الأولى أو الثانية. وقد أثبت الدفاع بمساعدة شهادة الخبير التي أدلى بها ثلاثة أطباء نفسيين بأن قوى "بودار" العقلية الضعيفة، والفصام البارانويا تتعارض مع الكراهية وتعمد الأذى الضروري لجريمة القتل من الدرجة الأولى أو الثانية، وبعد قضاء مدة سجنه، عاد ثانية إلى الهند حيث تزوج وعاش في سعادة وفق ما رواه شخصيا عن نفسه Schwitzgebel & Schwitzgebel, 1980, p.205 .

في ظل قاعدة التواصل المتميز في ولاية كاليفورنيا، من المحتمل أن يكون الطبيب النفسي للمركز الاستشاري قد خرق سرية العلاقة المهنية واتخذ خطوات نحو احتجاز "بودار" مدنيا، لأنه قد حكم بأن "بودار" يعد مصدر خطر وشيك. لقد صرح "بودار" بأنه كان يعتزم شراء بندقية، ومن خلال كلماته وأفعاله الأخرى أقنع المعالج بأن اليأس قد تملكه لدرجة إيذاء "تاراسوف"، فما لم يفعله العالم النفسي وقررت المحكمة أنه كان ينبغي القيام به هو تحذير الضحية المحتملة، ويخبر "تانيا تاراسوف" أن صديقها السابق قد اشترى بندقية، وقد يستخدمها ضدها، وكما أوضحت المحكمة العليا في قضية تاراسوف: "إذا قرر المعالج في الحقيقة، أو إذا كان ينبغي أن يقرر في ظل معايير مهنية قابلة للتطبيق، أن أحد المرضى يشكل خطرا جديا من العنف على الآخرين، فإنه يتحمل واجب القيام بالاهتمام الكافي لحماية الضحايا المحتملين من هذا الخطر".ويطلب حكم تاراسوف الذي يتم تطبيقه في الآونة الحالية في ولايات أخرى كذلك، من أطباء العيادات عند قيامهم باتخاذ قرار بشأن التوقيت الذي يجب عليهم فيه خرق السرية استخدام المهارة القليلة جدا في التنبؤ بالخطورة، وقد شهد هذا الحكم الأصلي كثيرا من التوسعات بعد ذلك.

تمديد الحماية للضحايا المستقبليين Extending Protection to Foreseeable Victims:

هناك حكم آخر أصدرته محكمة كاليفورنيا، اتخذ بأغلبية واضحة، يقضي بأن الضحايا الذين يمكن التنبؤ بهم يشملون أولئك الذين تربطهم علاقة وثيقة بالضحية التي يمكن تحديدها والتعرف عليها. وفي هذا الخصوص، أصيبت أم بطلقة نارية أطلقها مريض خطر، وكان ابنها يبلغ من العمر سبع سنوات إطلاق النار، بعد ذلك قام هذا الصبي برفع دعوى ضد الأطباء النفسيين بسبب الأضرار التي أحدثتها الصدمة العاطفية، وطالما أن الطفل الصغير من المرجح أن يكون برفقة أمه، فقد حكمت المحكمة في قضية "هيدلوند Hedlund" أن حكم "تاراسوف" يمتد إلى الصبي أيضا.

توسيع الحماية لتشمل الضحايا المحتملين Extending Protection Further to Potential Victims:

في عام 1983 أصدرت إحدى المحاكم الفيدرالية في ولاية كاليفورنيا حكما يقضي بأنه ينبغي على الأطباء النفسيين تحذير القتيلة عشيقة "فيليب جابلونسكي Philip Jablonski" المريض مطلق السراح، بأنها ضحية متوقعة، على الرغم من أن المريض لم يظهر أي تهديد واضح ضدها للمعالجين. وقد كانت الأسباب هي أن "جابلونسكي" الذي قام قبل ذلك باغتصاب زوجته وإيذائها، من المرجح أن يمتد "عنفه المستمر ...... إلى امرأة وثيقة الصلة به" ص 392.

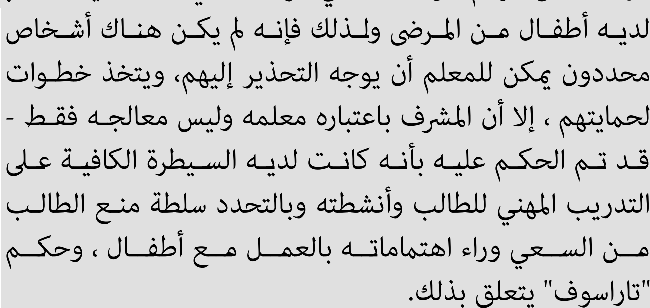
وجدت المحكمة أيضا أن الأطباء النفسيين في المستشفى قد ارتكبوا إهمالا يتمثل في عدم الحصول على سجلات "جابلونسكي" الطبية السابقة، حيث إن هذه السجلات أظهرت تاريخا من السلوك العنيف الضار، والتي إذا اجتمعت مع التهديدات التي كانت تشكو منها عشيقته، كان ينبغي أن تدفع المستشفى إلى القيام بالاحتجاز المدني الطارئ. وقد أصدرت المحكمة حكما بأن الفشل في التحذير كان سببا قريبا أو مباشرا في مقتل المرأة، فقد قال القاضي إن نظرة فاحصة على السجلات الطبية كانت كفيلة بإقناع الأطباء النفسيين أن "جابلونسكي" يمثل مصدرا لخطورة حقيقية على الآخرين، وينبغي احتجازه.

هذا التوسيع لإطار واجب التحذير والحماية وضع المتخصصين في الصحة النفسية في كاليفورنيا في مأزق صعب، فليس من الضروري أن يذكر المريض العنيف المحتمل من سيسعى لإلحاق أذي به، فالأمر يرجع إلى المعالج في استنتاج من هم الضحايا المحتملون وذلك بناء على ما قد يتمكن هذا المعالج من معرفته عن الظروف الماضية والحالية للمريض.

توسيع نطاق الحماية ليشمل الضحايا محتملين وغير معروفين حتى الآن Extending Protection Potential Victims as Yet Unknown:

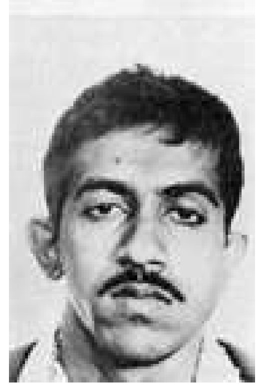
قامت محاكم كثيرة بتوسيع واجب التحذير والحماية ليشمل الضحايا المتوقعين لإساءة معاملة الطفل أو استغلال الطفل بل ويشمل الضحايا المحتملين غير المعروفين حتى الآن. وفي قضية من هذا النوع، قام أحد طلبة الطب بتقديم تحليل نفسي عنه باعتباره من الشروط المطلوبة لكي يصبح محللا نفسيا. وفي أثناء العلاج، اعترف بأنه يعشق الصغار، وبعد ذلك رأى صبيا صغير مريضا يقيم في المستشفى النفسي، ثم اعتدى جنسيا على هذا الصبي. وقد قررت المحكمة أن هذا المحلل المتدرب والذي لم يكن معالجا للطالب فحسب، بل كان معلما في المدرسة أيضا، كانت هناك أسباب تمكنه من معرفة أن الطالب المريض الذي يعالجه "يفرض تهديد معينا على فئة محددة من الأشخاص، أي المرضى الصغار القصر في المستقبل"، والذين سيتفاعل معهم الطالب بالضرورة كجزء من تدريبه

ص 8. وعلى الرغم من ذلك، ففي الوقت الذي كشف فيه الطالب عن عشقه للصغار، لم يكن



لديه أطفال من المرضى ولذلك فإنه لم يكن هناك أشخاص محددون يمكن للمعلم أن يوجه التحذير إليهم، ويتخذ خطوات لحمايتهم ، إلا أن المشرف باعتباره معلمه وليس معالجه فقط - قد تم الحكم عليه بأنه كانت لديه السيطرة الكافية على التدريب المهني للطالب وأنشطته وبالتحدد سلطة منع الطالب من السعي وراء اهتماماته بالعمل مع أطفال ، وحكم "تاراسوف" يتعلق بذلك.





بروسينجيت بودار Prosenjet Poddar أدين بتهمة الشروع في قتل تاتيانا تاراسوف Tatiana Tarasoff، وقضت المحكمة بأنه كان يتعين على معالجه النفسي أن يحذره من هذا الخطر المحتمل بعد أن بات مقتنعا بأن "بودار" قد يؤذي " تاراسوف"

توسيع دائرة الحماية بناء على التقارير التي تقدمها الأسرة

Extending Protection Based on Families' Reports

في عام 2004، أصدرت إحدى محاكم الاستئناف بولاية كاليفورنيا حكما يقضي بأن على المعالجين أن يتحملوا واجبا يتمثل في تحذير الضحية المحتملة إذا كان أحد أفراد أسرة المريض قد أبلغ عن التهديد، وفي هذه الحالة، علم المعالج بالتهديد، ليس من المريض الذي يعالجه، وإنما من أحد أفراد أسرة المريض. لقد أفصح مريضه لوالديه بأن أفكارا تراوده عن قتل العاشق الجديد لصاحبته السابقة، فاتصل الوالدان بالمعالج النفسي وأبلغاه بهذا التهديد، ولم يقم المعالج النفسي بتنبيه هذا العاشق الجديد، والذي قتل على يد مريضه لاحقا، وأقام والدا هذا العاشق قضية اتهما فيها المعالج باقترافه الخطأ وأنه كان ينبغي عليه تحذير ابنهما، ووافقت المحكمة وقضت بأن أفراد العائلة المقربين من المريض يعتبرون جزءا منه، وأن المعالج النفسي عليه واجب تحذير الضحايا المحتملين في حال إذا ما أعلمه أحد أفراد الأسرة المقربين من المريض.

توسيع نطاق الحماية ليشمل الأملاك Extending Protection to Property

اتسع حكم "تاراسوف" زيادة من خلال الحكم الذي أصدرته المحكمة العليا في ولاية فيرمونت Vermont في قضية " بيك ضد خدمات الاستشارات بمقاطعة آديسون Peck Vs. Counseling Service of Addison County"، والذي يقضي بأن الممارس الصحي يلتزم بواجب تحذير طرف ثالث إذا كان هناك خطر إتلاف يتهدد الأملاك. وقد كانت القضية

تخص مريضا ذكرا عمره 29 عاما، والذي صرح للمعالج القائم على علاجه، بعد مناقشة ساخنة مع والده، بأنه يرغب في الانتقام من والده، وأشار إلى أنه قد يقوم بإحراق حظيرة المواشي التي يمتلكها والده، وقد بدأ في تنفيذ ذلك بالضبط، ولم يتعرض أي من الأشخاص أو الحيوانات في الحريق لأي ضرر، فقد كانت الحظيرة خالية من الحيوانات، وكانت تقع على بعد 130 قدما من منزل الوالدين، وقد قام الاستنتاج الذي توصلت إليه المحكمة بأن المعالج كان عليه القيام بواجب التحذير، على فكرة أن إحراق الممتلكات يعد فعلا عنيفا، ومن ثم فإنه يمثل تهديدا مميتا للأشخاص الذي قد يتواجدون بالقرب من الحريق.

ولكن يبدو أن حكم وايات قد ضعف نتيجة لحكم أصدرته المحكمة العليا فيما يعرف بقضية يونجبرج ضد روميو Youngberg v. Romeo بشأن معالجة الصبي نيقولاس روميو الذي كان يعاني اضطراب النمو الذهني، وتم وضعه تحت القيد المادي لمنعه من إيذاء نفسه والآخرين..وبينما نقر بأن للأشخاص حقا في الحصول على رعاية وسلامة مناسبتين، وفي عام 1982 صدر حكم يحيل الأمر إلى قرار المهنيين المختصين في الصحة العقلية بوصفهم المسئولين عن الصبي. إلا أن القضايا التي رفعت مؤخرا وسعت نطاق حماية الأشخاص الذين يعانون اضطراب النمو الذهني و أن القرار المهني ليس الكلمة الأخيرة عندما يتعلق الأمر بالحماية التي كفلها الدستور للأشخاص الذين يعانون الإعاقات الذهنية في المستشفيات الحكومية، وهي أحكام تتفق مع الحكم الصادر في قضية وآيات.

في قضية شهيرة عرفت بقضية "أوكونر ضد دونالدسون O'Connor Vs. Donaldson"، والتي أحيلت في آخر المطاف إلى المحكمة العليا في عام 1975، قام مريض يخضع للاحتجاز المدني بمقاضاة اثنين من الأطباء العاملين بالمستشفى وذلك كي يتم الإفراج عنه وبسبب الأضرار المادية على أساس أنه قد تم احتجازه ضد رغبته لمدة 14 عاما بدون أن يتم علاجه، وبدون أن يكون خطيرا على نفسه وعلى الآخرين، ففي يناير من عام 1957، وعندما كان عمره 49 عاما، تم احتجاز "كينيث دونالدسون" في مستشفى ولاية فلوريدا الواقعة في منطقة شاتهوتشي Chattahoochee بناء على طلب من والده، الذي شعر أن ابنه يعاني الأوهام، وفي استجواب بسيط للمحكمة، وجد قاضي الولاية أن "دونالدسون" يعاني الفصام، وقام باحتجازه من أجل "الرعاية، والحماية، والعلاج".

وفي عام 1971، رفع "دونالدسون" دعوى ضد الدكتور "أوكونور"، وهو مدير المستشفى والمشرف عليها، ودكتور "جومانيز"، وهو طبيب نفسي يعمل بالمستشفى، وذلك من أجل الإفراج عنه. أشارت الأدلة التي وردت إلى محكمة مقاطعة فلوريدا أثناء المحاكمة إلى أن مسئولى المستشفى لم يسعوا لإطلاق سراح "دونالدسون" في أي وقت بعد تأكدهم من أنه ليس شخصا خطيرا، وقد أوضحت الشهادة بما لا يدع مجالا للشك أن

سلوك "دونالدسون" أثناء فترة احتجازه لم يشكل في أي وقت خطرا على نفسه أو على الآخرين، علاوة على ذلك، فقبل احتجازه مباشرة في عام 1957، كان يكسب رزقه بشكل جيد، ويعتني بنفسه عناية كافية. وعلى الرغم من ذلك، فإن "أوكونور" رفض الطلبات المتكررة التي قدمها المريض للإفراج عنه، فقد كان يشعر أن مهمة تحديد ما إذا كان أحد المرضى المحتجزين يمكنه التكيف بشكل ناجح خارج المستشفى أم لا، هي مهمة من اختصاصه هو، وكان حكمه على دونالدسون أنه لا يستطيع التكيف بشكل ناجح خارج المستشفى، وعند تقرير مسألة الخطورة على أساس مدى قدرة المريض على العيش خارج المستشفى، كان الدكتور "أوكونور" يقوم بتطبيق معيار أكثر صرامة من المعايير التي تطلبها قوانين معظم الولايات.



يتطلب الاحتجاز المدني ان يكون الشخص خطيرا، لكن الممارسة العملية تشير إلى أن اتخاذ هذا القرار قد يعتمد على شدة الإعاقة كما هو الحال لدى بعض الأشخاص المشردين

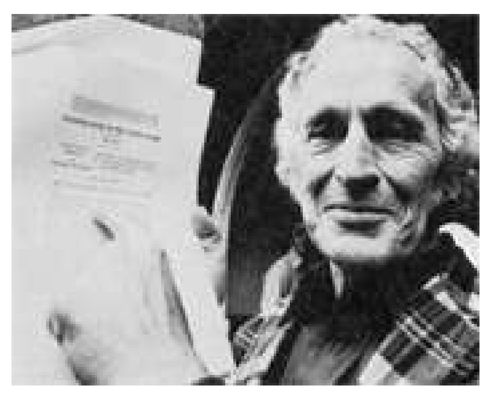
أشارت الأدلة إلى أن "دونالدسون" لم يتلق سوى رعاية الحراسة أثناء فترة احتجازه في المستشفى، ولم يتلق أي معالجة للتخلص من المرض العقلي الذي كان يعانيه، أما العلاج الوحيد الذي زعم "أوكونور" بأن "دونالدسون" قد خضع له فلم يكن سوى إبقائه في غرفة فسيحة مع 60 من المرضى الآخرين، وكان "دونالدسون" ممنوعا من ميزة التجول حول أفنية المستشفى، أو حتى مناقشة حالته مع الدكتور "أوكونور"، واعتبر "أوكونور" أن رغبة "دونالدسون" في تأليف كتاب عن التجارب التي مر بها خلال فترة احتجازه في المستشفى ما هي إلا وهم، وخرافة، وهي الرغبة التي حققها "دونالدسون" بعد الإفراج عنه، وقد حقق الكتاب مبيعات جيدة.

أصدرت المحكمة العليا في 26 يونيو من عام 1975 حكما يقضي بأن "أن الدولة لا يمكنها من الناحية الدستورية أن يحتجز .... فردا ليس بخطير، وهو قادر على البقاء والعيش حرا بطريقة آمنة، سواء كان من خلال مساعدته لنفسه أو بمساعدة الآخرين له المتمثلين في أفراد الأسرة المسئولين عنه، والأصدقاء الراغبين في مساعدته، وفي عام 1977، تسلم "دونالدسون" 20 ألف دولار من الدكتور "جومانيز"، ومن ممتلكات الدكتور "أوكونور"، الذي توفي خلال نظر الاستئناف.

وبسبب هذا الحكم، بات لابد من مراجعة حالة المريض المحتجز مدنيا بشكل دوري، لأنه من المفترض ألا تستمر الأسس التي تم احتجاز المريض بناء عليها سارية إلى الأبد.

الحق في رفض العلاج :

هل يحق للمريض أن يرفض العلاج أو نوعا معينا من العلاج؟ إن الإجابة هي نعم، ولكن وفق شروط..



كينيث دونالدسون Kenneth Donaldson يعرض نسخة من قرار المحكمة الذي يشير إلى أن غير الخطرين من المصابين بأمراض عقلية لا يمكن احتجازهم بالاحتجاز المدني دون إرادتهم

ظل رفض المرضى المحتجزين للعلاج مثار جدل بالغ، ويؤكد الطبيب النفسي "إي فولر توري" E.Fuller Torry 1996 ذلك لأن العديد من المرضى النفسيين ليس لديهم فهم عميق لحالتهم المرضية، ويحسبون أنهم ليسوا في حاجة إلى العلاج، فإنهم يعرضون أنفسهم وأصدقاءهم المحبوبين لمواقف محبطة ومزعجة في بعض الأحيان برفضهم الدواء أو أي أشكال أخرى، والتي يتضمن معظمها احتجازاً في المستشفى، وينبه "توري" إلى مغبة عدم علاج المرض العقلي.

ولابد أن يكون التهديد على السلامة العامة واضحاً ووشيكاً لتبرير الأخطار والمحاذير التي تفرضها هذه الأدوية، ولابد أن يكون واضحاً أن العلاج أو التدخل العلاجي الأقل تطفلاً ليس من المرجح أن يؤدي إلى تقليل الخطر الوشيك على الآخرين، بعبارة أخرى، أن الدواء المفروض بالقوة لابد أن يؤدي إلى تقييد الحرية بالإضافة إلى الأخطار الجسدية التي يمكن أن يحدثها، فلابد أن يكون هناك سبب قوي للغاية لحرمان حتى المريض من المحتجز من الحرية والخصوصية عن طريق هذه الإجراءات التطفلية، وعلى الرغم من ذلك فإن أيدي المتخصصين في الصحة العقلية ليست مغلولة، ففرض عقار ذي تأثير نفسي على مريض سبق أن تم احتجازه من قبل، لم ينتهك حقوقه الدستورية، لأنه كان يهدد باغتيال رئيس الولايات المتحدة، فقد فرض تهديداً على سلامته الشخصية، وقد يتضح من خلال الأدلة القوية والمقنعة أنه يعاني ضعف خطر في القدرات العقلية.

وعندما يكون هناك اعتقاد بأن أحد الأشخاص الذين يخضعون للاحتجاز بشكل فعلي يعد مريضاً نفسياً بدرجة تمنعه من إبداء الموافقة على العلاج، فإن قانون الصحة النفسية

في بعض الأحيان ينتهج نهج الحكم الفرعي، وهو قرار أن المريض إذا كـان قـادراً عـلى أو أهـلاً لاتخاذ القرار فإنه سوف يتخذ هذا القرار، ويثير هذا المبدأ الكثير من المشكلات بقدر ما يعمل على حل العديد منها أيضاً فاتخاذ قرار بشأن الوقت الذي يعد فيه المريض أهلاً لـرفض العـلاج يعد واحدا من أكثر الموضـوعات إثـارة للجـدل في الكتابـات التـي تـدور حـول قـانون الصحة العقليـة Appelbaum& Grisso, 1995; Grisso &Appelbaum, et al., 1991; . Winick,1997

التسريح من المستشفيات، والحريات المدنية، والصحة العقليـة Deinstitutionalization, Civil :Liberties, and Mental Health

مثلت الأحكام التـي صـدرت في قضـايا مثـل قضـية "وايـات ضـد سـتيكني Wayatt vs. Stickeny"، وقضـية " أوكونـور ضـد دونالدسـون O'Connor vs. Donaldson" تحـذيراً للمتخصصين في مجال الصحة العقلية بأنهم لابد أن ينتهوا بشكل أكـبر وأن يكونـوا أكـثر حـذراً بشأن الإبقاء على الأشخاص في المستشفيات العقلية رغم إرادتهم أو ضد رغبتهم، وبأنـه يجـب عليهم الالتفات بشكل أكـبر إلى احتياجـات علاجيـة محـددة للمـرضى المحتجـزين. وقـد تركـز الضغط على حكومات الولايات للارتقاء بنوعية وجـودة الرعايـة في المستشـفيات العقليـة. وفي ضوء الإساءات التي ثبت وجودهـا في الرعايـة في المستشـفيات، فمـن المؤكـد أن هـذه الأشـياء تحفز على إجراء العديد من التغييرات، غير أن الصورة ليست وردية لهذه الدرجة، فلكي يصرح القضاة بأن رعاية المريض لابد أن تستوفي الحد الأدنى من بعـض المعـايير، لـيس معنـاه أن يـتم بشكل تلقائي تحقيق هذا الهدف الذي يستحق الإشادة. فالأموال ليست متوفرة بكميـات غـير محدودة، كما أن تقديم الرعاية للأشخاص الـذين يعـانون مرضـا عقليـا لم يكـن مـن أولويـات الحكومة.

بداية من حقبة الستينيات، بدأت العديد من الولايـات في العمـل بسياسـة يطلـق عليهـا تسريح المرضى من المستشفيات deinstitutionalization وهي تسريح أكبر عدد ممكـن مـن المرضى من المستشفيات العقلية وتقليل عدد تصاريح الدخول أو قبول المـرضى، ويعـد تحقيـق الاحتجاز المدني أكثر صعوبة في الوقت الحالي مما كان عليه في حقبة الخمسينيات والستينيات، رغم أن كثيرا ممن يعانون المرض العقلي يحتاجون إلى الإقامة بالمستشفى ولو لفترة قصيرة.

لقد بلغ عدد من يعالجون بمستشفيات الأمراض العقلية الحكوميـة في الخمسـينيات نصف مليون مريض تقريباً، وبحلول عام 2000 انخفض عـدد هـؤلاء الأشـخاص ليصـل إلى حـوالي 50 ألفـاً، وبـدأ عـدد المستشـفيات في التنـاقص ففـي عـام 1992 كـان هنـاك 273 مستشفى حكوميا للأمراض العقلية، ولكن العـدد وصـل إلى 195 في عـام 2000 Geller,

2006 فالشعار الآن هو "عالجهم في المجتمع" على افتراض أن أي شيء سيكون أفضل من الاحتجاز في المستشفى.

للأسف ليس هناك سوى بعض الموارد القليلة التي يوفرها المجتمع، وقد تم وصف بعض البرامج الفعالة في الفصل التاسع، غير أن هذه البرامج تعد هي الاستثناء وليست القاعدة. فالوضع الحالي في العديد من المرافق الحضرية الكبرى يمثل أزمة قاسية وصعبة بالنسبة لمئات الآلاف من المرضى الذين يعانون أمراضا حادة ومزمنة، والذين تم الإفراج عنهم منذ الستينيات، بدون وجود خدمات اجتماعية لمساعدتهم. إن هناك الكثير من المرضى الذين تم تسريحهم مؤهلون للاستفادة من إدارة المحاربين القدامى وجديرون بالحصول على تأمين العجز ضمن الضمان الاجتماعي، إلا أن عددا كبيرا لا يستفيد من هذه المساعدة. لقد تزايد عدد المشردين ممن يعانون أمراضا عقلية، والأشخاص المتشردون ليست لهم عناوين ثابتة، ويحتاجون إلى المساعدة في إثبات الأهلية والجدارة، ويحتاجون إلى المأوى من أجل التمتع بالفوائد، ولا شك أن حالة التشرد تفاقم المعاناة العاطفية للمرضى الذين مروا في السابق بتجربة الاحتجاز في المستشفى، فالأشخاص الذين يعانون مرضا عقليا هم فئة لا يتم الدفاع عنها من الأشخاص المتشردين.

قد يكون اسم التسريح من المستشفى deinstitutionalization هو اسم خاطئ، حيث إن اسم الاحتجاز الانتقالي Transinstitutionalization أكثر ملاءمة. وذلك لأن النقص في عدد نزلاء المستشفيات قد أدى إلى زيادات في عدد الأشخاص الذين يعانون مرضا عقليا في دور الرعاية وفي أقسام الصحة العقلية في المستشفيات غير النفسية والسجون، Cloud, 1999, Kiesler, 1991 وهذه المرافق بشكل عام غير مجهزة للتعامل مع الاحتياجات الخاصة للمرضى الذين يعانون مرضا عقليا.

وفي الواقع فإن المحابس والسجون قد أصبحت بمثابة المستشفيات الجديدة للمرضى العقليين في القرن الحادي والعشرين، ففي دراسة أجرتها وزارة العدل اتضح أن 16.2% من نزلاء السجون والمعتقلات يعانون المرض العقلي بدرجة خطيرة BJS1999 . ولعل سجن مقاطعة لوس انجلوس هو أكبر مرافق تعد بمثابة مستشفى عقلي في الوقت الحالي، حيث يضم 1500 نزيل يعتقد أنهم يعانون مرضا عقليا خطيرا CAPT2000 فهل اقتربنا إلى هذا الحد من المؤسسات البائسة ذات الوضع المغري الذي ناقشناه في الفصل الأول، من الواضح أنه مازال هناك الكثير الذي يتعين علينا القيام به.

إنه أمر مخز ومثير للاشمئزاز أن تتحول السجون إلى مخزن لعدد هائل من مواطني الدولة الذين يعانون مرضا عقليا، فالأشخاص الذين يتلقون الرعاية النفسية والذين كان من الممكن إدماجهم بشكل جيد في المجتمع يتم بدلا من ذلك عزلهم بعيدا في أماكن مغلقة،

ليصبح جزءا من المنظومة العقابية للدولة بعد ذلك وفي تصور دلالي مثير للسخرية، قد يتم اعتقالهم في ظل ظروف اضطرابهم العقلي، بدلا من تهيئتهم Judge William Wayne . Justice Ruiz V.Johson,37. F supp. 2d855 S.D Texas, 1999

يتعين على ضباط الشرطة في الوقت الحالي القيام بدور المتخصصين في الصحة العقلية ،فهم في الغالب يكونون أول من يحتك بالشخص المريض عقليا، ويمكنهم أن يتخذوا قرارات بخصوص هل ينبغي تحويل الشخص إلى مستشفى أم إلى سجن، ففي العديد من المدن اتحد المتخصصون في مجال الصحة النفسية مع ضباط الشرطة لتشكيل وحدات الأئمة المتحركة Lamb , Weinberger & DeCuir 2002 . تتكون هذه الوحدات من المتخصصين في مجال الصحة العقلية الذين يعملون بالتعاون مع الشرطة المحلية لإيجاد أفضل الخيارات للشخص المريض عقليا في المجتمع، ولأن ضباط الشرطة مطالبون باستمرار العمل مع الأشخاص المرضى عقليا، فإن المجتمعات تدرك الحاجة إلى الشرطة من أجل تلقي التدريب المناسب، وقد تم تمرير قوانين جديدة في الخمس سنوات الأخيرة تشمل تفعيل القانون الأمريكي America's Law Enforcement، وقانون مشروع الصحة العقلية 2000 والتوسيع اللاحق له أطلق عليه قانون علاج المتهم المريض عقليا وتقليل الجريمة 2004 وهو يوفر التمويل لهذا التدريب، وهذه القوانين أيضا توفر التمويل اللازم لإنشاء ما يطلق عليه محاكم الصحة العقلية Mental Health Courts في المجتمعات المحلية، وتتلخص الفكرة في أن الأشخاص المرضى عقليا والذين يرتكبون جريمة ما، قد تعمل المحاكم التي يمكنها أن تراقب توافر العلاج وتكامله.

إن التوجه نحو بناء شراكة بين المتخصصين في مجال الصحة العقلية وتفعيل القانون أدى إلى إنشاء مشروع الإجماع www.consensnsproject.org ، حيث قام مجلس حكومات الدولة بالتنسيق والتعاون بين العدالة الجنائية، والصحة العقلية، وواضعي القانون المحليين والقوميين، وهناك تقرير أطلق عليه مشروع إجماع العدالة الجنائية/ الصحة العقلية في عام 2002 وقد كان فعالا في زيادة الوعي لدى أعداد كبيرة من الأشخاص المرضى عقليا والذين تؤويهم السجون في الوقت الحالي بدلا من إيوائهم في مرافق علاجية، وقد حدد التقرير عددا من أفكار السياسات التي تهدف جميعها إلى زيادة التعاون بين مجالي الصحة العقلية والعدالة الجنائية وتقديم الفائدة بشكل نهائي أولئك الذين يعانون مرضا عقليا الذين يوجدون في نظام العدالة الجنائية، أو المعرضين لخطر ملاحقتهم جنائيا مثل الذين يتم إرسالهم إلى السجن بدلا من العلاج بعد صخب للرأي العام، وهو ما يعكس تفاقم المرض.

ملخص سريع:

يتطلب المعيار القانوني للتأهل للمحاكمة أن يدرك المتهم التهم الموجهة إليه، وأن يكون قادرا على مساعدة المحامي الخاص به، والموكل بالدفاع عنه، فإذا حكم على أحد الأشخاص بأنه غير أهل للمحاكمة، فإنه يتلقى العلاج لكي يستعيد أهليته ومن ثم يعود لمواجهة الاتهامات الموجهة إليه. وقد حددت قضية جاكسون Jackson أن الفترة التي تسبق المحاكمة من الممكن ألا تستغرق أكثر من الوقت اللازم لتحديد هل سيصبح الشخص أهلا للمحاكمة في المستقبل على الإطلاق، ويمكن إعطاء الأدوية للشخص بغرض إعادة التأهل للمحاكمة في ظروف محددة.

أصدرت المحكمة الأمريكية العليا حكما يقضي بأنه من غير الدستوري أي يعد خرقا للتعديل الثامن الذي يمنع العقوبة القاسية وغير العادية إعدام الأشخاص الذين يعتقد أنهم مجانين من الناحية القانونية أو يعانون إعاقة ذهنية، وهناك أحكام فردية يمكنها أن تقرر ما الذي يعد إعاقة ذهنية وجنونا.

يمكن احتجاز الشخص مدنيا ضد رغبته في أي مستشفى إذا كان هذا الشخص مريضا عقليا ويشكل خطرا على نفسه وعلى الآخرين. يتطلب الاحتجاز الرسمي أمرا من المحكمة وهو ما لا يتطلبه الاحتجاز غير الرسمي، ولا يعد الأشخاص المرضى الذين يعانون مرضا عقليا، الذين يتعاطون المخدرات أكثر ميلا للاشتراك في العنف، من الأشخاص الذين لا يعانون مرضا عقليا، ولا يتعاطون المخدرات.

كانت هناك أخطاء كثيرة في الدراسات الأولى القديمة حول التنبؤ بالخطورة، بعد ذلك أوضحت الأبحاث أفعال العنف المتكررة وفعل العنف الفردي الذي يتسم بالخطورة كما أنه الوصول إلى حافة العنف، وعدم الاستجابة للدواء.

حاولت القضايا في المحاكم الموازنة بين حق الفرد مع حقوق المجتمع، ويتم تقديم أقل البدائل تقييدا للحرية، عند معالجة الأشخاص المحتجزين في المستشفى لهم الحق في تلقي العلاج، والمرضى لهم الحق في رفض العلاج كذلك، فيما إذا كان ذلك سيؤدي إلى خطر على النفس أو على الآخرين.

وبداية من حقبة الستينيات تم الإفراج عن عدد هائل من المرضى من المستشفيات فيما أطلق عليه التسريح من المستشفيات deinstitutionalization ومن سوء الحظ أنه لا توجد خيارات علاجية كافية متاحة في المجتمع، وتعد السجون والمعتقلات في الوقت الحالي بمثابة المستشفيات الجديدة للأشخاص الذين يعانون مرضا عقليا، فضباط الشرطة مطالبون بالقيام بالعمل الذي كان في يوم ما اختصاص المختصين في مجال الصحة

العقلية، فالمزاوجة بين المسئولين في الشرطة والمحاكم وبين المسئولين في الصحة العقلية تبشر بمساعدة الأشخاص الذين يعانون مرضا عقليا.

إشكاليات أخلاقية في العلاج والبحث Ethical Dilemmas in Therapy and Research:

وضعت القضايا التي عرضناها حدودا للأنشطة التي يمارسها أخصائيو العلاج النفسي، وهذه الحدود بالغة الأهمية، إذ إن القوانين تعد أحد أقوى الوسائل التي يستخدمها المجتمع لتشجيعنا جميعا على التصرف بأساليب معينة، فالمتخصصون في مجال الصحة العقلية أيضا عليهم قيود مهنية وأخلاقية، فكل الجماعات المهنية تدعو إلى الأشياء التي ينبغي القيام بها، والتي لا ينبغي القيام بها، وتقوم هذه الجماعات من خلال الإرشادات والأوامر بغرض قيود إلى حد ما على ما ينبغي أن يقوم به المعالجون والباحثون مع مرضاهم وعملائهم ومع المشاركين في الأبحاث، وقد أصدرت المحاكم كذلك أحكاما حول بعض هذه المسائل، ففي معظم الأحيان يكون الشيء الذي نؤمن بأنه غير أخلاقي، يكون قانونيا أيضا، إلا أن القوانين الموجودة أحيانا ما تتعارض مع مهمتنا الأخلاقية للصواب والخطأ، وتقوم الجمعية الأمريكية النفسية بنشر دستور من الأخلاقيات يشمل المعايير الأخلاقية التي تقيد البحث والتطبيق أو الممارسة في علم النفس APA2002/ www.apa.org/ethics وسوف نتناول الآن أخلاقيات إجراء الدراسات النفسية والتدخلات في حياة البشر الآخرين.

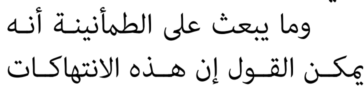
القيود الأخلاقية على البحث Ethical Restraints on Resrach:

يعمل تدريب العلماء على إعدادهم لطرح أسئلة شيقة، وأحيانا تكون مهمة، كما سيساعدهم على وضع أبحاث متحررة من القيود بقدر الإمكان، وعلى الرغم من ذلك فإنهم ليس لديهم مؤهلات خاصة لاتخاذ قرار ما إذا كان هناك خط معين من البحث يتضمن النوع الإنساني الذى ينبغي اتباعه، فالمجتمع في حاجة إلى معرفة، كما أن للباحث حقا ديمقراطيا في السعي إلى المعرفة، وعلى الرغم من ذلك فإن المواطنين العاديين الذين يحملون كمشاركين في التجارب لابد من حمايتهم من الأضرار والمخاطر والإذلال، والاعتداء على الخصوصية.

لعل أكثر أنواع الانحطاط الأخلاقي خسة يتجسد في التجارب الوحشية التي أجراها الأطباء الألمان على المساجين في أحد المعسكرات أثناء الحرب العالمية الثانية، حيث قامت إحدى التجارب على سبيل المثال بدراسة العمر الذي يعيشه الأشخاص عندما تضرب رؤوسهم بعصا ثقيلة بشكل متكرر، وواضح أن هذه الأفعال تخدش إحساسنا بالاحترام والمثل الأخلاقية. لقد أظهرت محاكمات نورمبرج، التي قام بإجرائها الحلفاء


المدعى عليهم في محاكمات نورمبرج

بعد الحرب، هـذه الأعـمال البربريـة وغيرهـا إلي حيـز الوجـود، وفرضـت عقوبـات قاسـية مـن بينهـا الحكـم بالإعدام على بعض الجنود والأطباء والمسئولين النازيين، الذين شاركوا في هذه الأفعال أو ساهموا فيها، حتـى إذا أدعـوا أنهـم لم يكونـوا يقومـون بشيء سوى اتباع الأوامر.


وما يبعث على الطمأنينـة أنـه يمكـن القـول إن هـذه الانتهاكـات الكبرى للالتزام الإنساني لا تحدث إلا أثناء فترات استثنائية أو قاسية مثل فـترة الحكـم النـازي، غير أنه من المؤسف أن الأمر ليس بهذه الصورة، فالباحثون في الولايـات المتحـدة ودول أخـرى قاموا في بعض الأحيان بالتعامل مع المشاركين بطرق مستهجنة.

فعلى سبيل المثال، أجريت إحدى التجارب بعد الحرب العالميـة الثانيـة لمقارنـة البنسـلين والعلاج الوهمي المهدئات للوقاية من عدوي الحمى الروماتزمية، وذلك رغما عن أن البنسـلين قد اعتمد كدواء يختاره الناس المصابون بعدوى الجهاز التـنفسي streptococcal respiratory لحمايتهم من الإصابة لاحقا بالحمى الروماتيزمية، وقد تم إعطاء العـلاج الـوهمي لعـدد 109 ممن يعملون بالخدمة العامـة بـدون علمهـم أو بـدون تـرخيص، كـما أن العـدد الـذي تلقـى البنسلين كان أكبر من العدد الذي تناول المهدئات، إلا أن ثلاثة أفراد من المجموعـة الإحصـائية قد أصـيبوا بـأمراض خطـيرة – حيـث أصـيب أحـدهم بـالحمى الروماتزميـة، والثالـث أصـيب بالتهاب الكلية، ولم يصب أحد من الـذين تلقـوا علاجـا بالبنسـلين بهـذه الأمـراض Beecher, 1966 .

وبعد مرور نصف قرن، تحديدا في يناير من عام 1994، ومـن خـلال جهـود صـحفية تدعى "ايلين ويلسوم Eileen Welsome" - وهـي صحيفة نالت جـائزة بـوليتزر Pulitzer للتحقيق الصحفي أعدته حول القضية، وهو ما دفع وزارة الطاقة الأمريكية للبـدء في نشر تجارب هائلة تم إجراؤها في الخمسينيات وخلال السبعينيات من القرن العشريـن، والتـي عرضت الأشخاص – عادة بدون موافقتهم أو معرفتهم المسبقة - لجرعات كبيرة مضرة من الإشعاع، وقـد تـم التعبـير عـن القلـق المتزايـد بشـكل خـاص، لأن الغالبيـة العظمـى مـن الأشخاص كانوا ذوي حالة اقتصادية واجتماعيـة متدنيـة، وينتمـون لأقليـات عرقيـة أو أن الأشخاص يعانون إعاقة ذهنية، أو مـرضى يقيمـون في دور الرعايـة، أو سـجناء. وقـد أدرك

العلماء الذين يتلقون معظم الدعم من التمويل الفيدرالي، أن المخاطر كانت عظيمة على الرغم من أن المعلومات التي كانت متوفرة عن الآثار الضارة للإشعاع كانت قليلة نسبيا في كل الأوقات، وقد تضمنت بعض هذه التجارب إعطاء السيدات في الثلاثة شهور الأخيرة من الحمل مقويات إشعاعية لتحديد مستويات السلامة من كشف وتقوية خصيتي السجناء بالمواد الإشعاعية وذلك من أقل تحديد درجة الإشعاع التي يمكن لموظف الخدمة تقديمها بدون إحداث آثار سلبية على إنتاج السائل المنوي.

واستجابة للحالات العديدة التي أوضحت إلحاق الضرر بالمشاركين في الأبحاث العلمية، تم وضع العديد من القوانين الدولية بشأن أخلاقيات إجراء الأبحاث العلمية، منها مجموعة قوانين نورمبرج التي تم صياغتها في عام 1947 في الأحداث التي ترتبت على محاكمة جرائم الحرب النازيين، وإعلان هلسنكي لعام 1974، والبيانات التي أصدرها المجلس البريطاني للأبحاث الطبية، وفي عام 1974، قامت وزارات الصحة والتعليم والرخاء في أمريكا بالبدء في توزيع إرشادات وأنظمة تحكم البحث العلمي الذي ينظم مشاركين من البشر والحيوانات. إضافة إلى ذلك، فإن هيئة الوشاح الأزرق Blue-Ribbon Panel واللجنة القومية لحماية المشاركين البشر في الأبحاث السلوكية والبيولوجية الطبية، قد أصدرت تقريرا في عام 1978، جاء نتيجة جلسات الاستماع والتحقيقات حول القيود التي قد تفرض حكومة الولايات المتحدة على الأبحاث التي يتم إجراؤها مع العرض في المؤسسات النفسية، والمساجين، والأطفال، ويتم تقسيم هذه القوانين والمبادئ المختلفة باستمرار ويتم تعديلها بشكل مستمر إذا فرضت تحديات جديدة على المجال البحثي.

وعلى مدى الأربعين عاماً الماضية تم إجراء مراجعة على المقترحات التي يقدمها الباحثون السلوكيون، الذين يقوم العديد منهم بإجراء تجارب تتعلق بالمرض النفسي والعلاج النفسي، وذلك من أجل السلامة واللياقة الأخلاقية أو الآداب الأخلاقية العامة، والذي يقوم بهذه المراجعة هو مجالس الإدارة في المستشفيات، والجامعات، والمؤسسات البحثية، وهذه اللجان لا تشمل فقط - بشكل واضح - علماء سلوكيين بل وأفراد المجتمع،وهؤلاء يمكنهم الاعتراض على أي مقترح بحثي أو يطلبون تعديل الجوانب التي تعد موضع مساءلة ،وذلك إذا رأوا في حكمهم الجماعي أن البحث سوف يعرض المشاركين لمخاطر بالغة، تقوم هذه اللجان أيضاً في الوقت الحالي بالحكم على المزايا العلمية للمقترحات، حيث إن الأساس المنطقي يقول بأنه من غير الأخلاقي وجود مشاركين في دراسات لن تصدر بيانات صادقة Capron,1999 . في عام 2000 تمت مطالبة الجامعات والمؤسسات البحثية الأخرى بالبدء في انتقاء الباحثين وتصفيتهم على

أساس اختبارات وعمل دراسي خاص وذلك لتقليل احتمال تعريض المشاركين في الأبحاث للخطر. كما أن الباحثين الذين يتلقون تدريبا متخصصا في أخلاقيات البحث.

الموافقة الواعية Informed Consent:

من أهم مكونات أخلاقيات البحث ما يتعلق بالموافقة الواعية Informed Consent. إذ لابد للباحثين من تقديم معلومات كافية حتى يستطيع الأشخاص المشاركون اتخاذ قرار بشأن رغبتهم في أن ينضموا للدراسة أم لا، فلابد للباحث من وصف الدراسة بوضوح، وأن يشير إلى أي مخاطر قد تتضمنها حتى وإن كانت تتمثل في الضغط العاطفي الناتج عن الإجابة على أسئلة شخصية أو أي آثار جانبية لعقاقير قد يتم استخدامها، ولابد ألا يكون هناك إرغام أو خداع في الحصول على الموافقة الواعية، فلابد أن يفهم المشاركون في البحث أن لهم الحرية في الانسحاب من التجربة في أي وقت بدون أي خوف من توقيع جزاء عليهم.على سبيل المثال قد يرغب طبيب نفسي في تحديد ما إذا كانت الصور الخيالية أو المجازية تساعد طلبة الكلية على ربط كلمة بأخرى أم لا، فقد يطلب من مجموعة من الطلبة ربط كل كلمتين مع بعضهما في أذهانهم وذلك من خلال استيلاء صورة خيالية تربط بين الاثنين. مثل قطة تركب دراجة. يسمح المعيار الحالي للمشاركين في المستقبل باتخاذ قرار بأن التجربة من المرجح أن تكون مملة، وأن يعتذروا عن المشاركة.



لابد من الحصول على الموافقة الواعية للأغراض البحثية

ومن أهم القضايا ما يتعلق بأنه لابد وأن يكون المشاركون المحتملون قادرين على فهم الدراسة وما يتعلق بها من مخاطر، فماذا لو كان الشخص الذي سيشارك هو طفل يعاني إعاقة ذهنية وغير قادر على فهم ما يطلب منه بشكل كامل؟ وفي ظروف البيئة السريرية، فإنه يتعين على الباحثين التأكد من أن المرضى لا يواجهون أي مشكلة في فهم الدراسة.

وجد "إيرون" وزملاؤه Irwin, Lovitz, Marder, et al., 1985 أنه على الرغم من أن معظم المرضى قالوا بأنهم يفهمون الفوائد والآثار الخاصة الناجمة عن العقاقير التي يتناولها، إلا أن ربع هؤلاء المرضى فقط استطاعوا بالفعل أن يظهروا هذا الفهم عندما تم سؤالهم بشكل محدد، ولقد خلص الباحثون إلى أن القراءة المبسطة للمعلومات للمرضى

المحتجزين في المستشفيات -وخصوصا التي تعد حالتهم المرضية أكثر حدة - لا يعد ضمانا بأنهم سيفهمون بشكل تام، لذا لا يمكن القول بأنه قد تم الحصول على الموافقة الواعية من هؤلاء المرضى، وقد أشار تقرير اللجنة القومية الاستشارية للأخلاق الأحيائية إلى العديد من التجارب المنشورة التي تتضمن المشاركين في البحث لديهم القدرة على اتخاذ قرار إبداء الموافقة الواعية Capron, 1999 ، فبدلاً من السماح للوصي على المريض أو أحد أفراد الأسرة باتخاذ القرارات نيابة عن المريض، فإن اللجنة تقترح أن يقوم أحد المتخصصين الصحيين الذين لا علاقة لهم بالدراسة الخاصة بتقرير ما إذا كان المريض يستطيع منح موافقة واعية أولا. وتوصي اللجنة أيضاً بأنه إذا كان مسموحاً لولي الأمر منح الموافقة نيابة عن المريض، فلابد من قياس مدى قدرة ولي الأمر على منح تلك الموافقة نيابة عن المريض Capron, 1999 .

وكما هى الحال بالنسبة للحق في رفض العلاج، فإن هناك إدراكاً إلى أن الحكم بأن الشخص مريض عقليا لا يعني بالضرورة أن يكون هذا الشخص غير قادر على منح موافقة واعية Appelaum & Gutheil, 1991 ، وعلى سبيل المثال، فإنه على الرغم من أن المرضى الذين يعانون الفصام قد يتسمون بأداء أقل ممن لا يعانون الفصام عند إجراء الاختبارات المتعلقة بتقييم مهارات اتخاذ القرار، إلا أن مرضى الفصام يمكنهم إعطاء موافقة واعية إذا كان هناك إجراء أكثر تفصيلا يصف الدراسة – على سبيل المثال الإجراء الذي يصف ما قد يطلب منهم القيام به وما قد يرونه ويوضح لهم أن مشاركتهم هي مشاركة طوعية اختيارية وأنها لن تؤثر على علاجهم بأي حال من الأحوال Carpenter, Gold, Lahti, et al., 2000; Wirshing, Wirshing, Marder, et al., 1998 .

تمثل القضية مصدرا لقلق الباحثين والأطباء السريرين الذين يعملون مع مرضى يعانون مرض الزهايمر، فحاله هو حال الفصام فإن وجود تشخيص بأن المريض يعاني مرض الزهايمر لا يعني بالضرورة أن الشخص لا يمكنه أن يعطي موافقة واعية Marson, Huthwatte & Herbert, 2004 . وقد ظهرت إجراءات ومعايير لتقييم القدرة على الموافق بين هؤلاء الأشخاص وسوف تظل هذه القضية منطقا خصبا لإجراء الأبحاث الفعالة كما سيستمر ازدياد الأشخاص الذين تزيد أعمارهم على 65 عاما Marson, 2001 .

تشير هذه النتائج إلى أهمية إجراء فحص لكل شخص على حدة لاختبار قدرته على إعطاء موافقة واعية بدلا من التسليم بأن الشخص غير قادر على إعطاء هذه الموافقة بسبب كونه محتجزا في المستشفى لإصابته بالفصام، ولذلك فعلى الرغم من أن الحكم المهني المتخصص مطلوب، وقد يكون خاطئا، فإن كون الشخص مريضا عقليا لن يكون معناه بالضرورة أن هذا المريض لا يستطيع إعطاء موافقة واعية.

السرية والتواصل المتميز Confidentiality and Privileged Communication:

عندما يلجأ الأشخاص مطمئنين إلى استشارة طبيب نفسي أو اختصاصي نفسي سريري من خلال قوانين الأخلاقيات المهنية إلى أن ما سيجرى في الجلسة سوف يبقى سريا وخاصا. فالسرية Confidentiality تعني أنه لن يتم إفشاء أي شيء لأي طرف ثالث سوى بعض المتخصصين الآخرين وأولئك الذي يشاركون في العلاج بشكل مباشر مثل الممرضة أو السكرتيرة الطبية.

بينما يتخطى التواصل المتميز Privileged communication ذلك حيث إنه اتصال بين الأطراف في علاقة سرية وخاصة يحميها القانون، فمن يتلقى هذا النوع من التواصل لا يمكن إجباره من الناحية القانونية على إفشاء أسراره إذا طلبت شهادته، ويعد الحق في علاقة تواص مميز استثناء رئيسا لإعطاء الإذن للمحاكم التي يجب عليها إبراز الأدلة في الإجراءات القضائية. يؤمن المجتمع أنه سيتم تلبية اهتمامات وخدمة مصالحه بالشكل الأمثل على المدى البعيد إذا ظل الاتصال بقرين أو ببعض المتخصصين بعيدا عن أعين الفضوليين، وبعيدا عن آذان البوليس والقضاة والمدعين أو رافعي الدعوى، وينطبق هذا التميز على العلاقات كتلك التي بين الزوج وزوجته، والطبيب والمريض، والعلاقة بين رجل الدين والشخص التائب، والعلاقة بين المحامي وموكله، والطبيب النفسي والمريض، والتعبير القانوني عن ذلك هو أن المريض أو العميل "له الامتياز أو الأفضلية" وذلك يعني أنه هو وحده الذي يمكنه أن يسمح للشخص الآخر أن يفشي معلومات سرية وخاصة في أي إجراء قانوني.

إلا أن هناك قيودا مهمة على حق العميل في علاقة تواصل متميز، فعلى سبيل المثال ينتفي هذا الحق إذا توافر أي سبب من الأسباب التالية :

- إذا قام العميل باتهام المعالج بسوء التصرف أو التقصير، وفي هذه الحالة يمكن للمعالج أن يفشي معلومات تتعلق بالعلاج في سبيل الدفاع عن نفسه في أي قضية قانونية يرفعها عليه العميل.
- أن يكون عمر العميل أقل من 16 سنة وهناك سبب يدفع المعالج للاعتقاد بأن الطفل قد وقع ضحية جريمة ما مثل إساءة معاملة الطفل، وفي الحقيقة فإن علم النفس مطالب بإبلاغ الشرطة أو مكتب رعاية الطفل خلال 36 ساعة عن أي شكوك تساوره أو شهادة بأن العميل الطفل قد تم إساءة معاملته، وذلك يشمل أي شبهة بوجود تحرش جنسي.
- أن يكون العميل قد لجأ إلى العلاج سعيا للتهرب من القانون بسبب قيامه بارتكاب جريمة ما أو التخطيط لارتكابها.

- إذا توصل المعالج إلى حكم أو قناعة بأن العميل يشكل خطرا على نفسه أو على الآخرين وأن إفشـاء المعلومـات سـوف يحـول بـالضرورة دون وقـوع هـذا الخطـر. راجـع أهـم الاكتشافات 16-3 حالة تاراسوف.

من هو العميل أو المريض Who Is the Client or Patient؟

هل يكون واضحا للطبيب دائما من هو العميل ؟ في العلاج الخاص عنـدما يقـوم شـخص بالغ بدفع أجر للطبيب لمساعدته في مشكلة شخصية لا يمكن حلها بالوسـائل القانونيـة، فـإن الشخص المستشير هو العميل، ولكن قد يتم عرض الشخص على الطبيب لتحديـد مـا إذا كـان أهلا للمحاكمة أم لا، وقد تقوم عائلة الشخص باستئجار الطبيب لمساعدته في إجراء الاحتجـاز المدني، وربما يكون الطبيب موظفا من قبل في أحد المستشفيات العقلية في الولاية لأحد العمال المنتظمين، ويتعرض لمريض معين ويقوم بالكشف عليه وما يعانيه من مشكلات في الـتحكم في الدوافع العدوانية.

يجب أن يكون واضحا أن الطبيب في هذه الحالات يقوم بخدمة أكـثر مـن عميـل واحـد، فهو يقوم بخدمة الأسرة أو الولاية، والمتخصصون في مجال الصحة العقلية ليسوا مجـبرين عـلى إبلاغ المريض بأن الأمر على هذا النحو، ولا يشير هذا الـولاء المـزدوج بـالضرورة إلى أنـه سـوف يتم التضحية بمصلحة المريض، بل يعني أنه ليس من المحـتم أن تبقـى المناقشـات سريـة، وأن الطبيب قد يقوم في المستقبل بالتصرف بطريقة تغضـب أو حتـى تعـرض اهتمامـات ومصـالح المريض.

ملخص سريع:

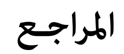
تعد القيود الأخلاقية على البحث ضرورية لتفادي أفعال الاستغلال التي حـدثت في المـاضي، ومنذ قوانين نورمبرج التي صدرت في عـام 1947، تـم تطـوير عـدد مـن القـوانين الأخلاقيـة فـيما يتعلق بالأبحاث النفسية، ولابد أن تتم الموافقـة عـلى البحـث فـيما يتعلـق بالسـلامة والجوانـب الأخلاقية والذي يصدر هذه الموافقـة أحـد مجـالس المراجعـة المؤسسـية، فالجامعـات والمعاهـد البحثية الأخرى وكذلك المكاتب التي تقدم التمويل تتطلب أن يتلقى الباحثون تدريبا متخصصـا، والحصول على شهادة في أخلاقيات البحث على أساس الدراسة الخاصة واختبارات خاصـة، وذلـك لتقليل تعرض المشاركين في البحث للخطر.

ولابـد مـن اتخـاذ احتياطـات خاصـة مـن أجـل ضـمان أن يفهـم المشـاركون في البحـث والمصابون بمرض عقلي المخاطر والفوائد المترتبة عـلى أي بحـث يتطلـب مـنهم المشـاركة فيـه، ولضمان تقديم اهـتمام كـاف للتأكـد مـن أنهـم يمكـنهم الاعتـذار أو الانسـحاب مـن البحـث بدون أي شعور بالإرغـام، ولابـد أن تشـمل إجـراءات الموافقـة الواعيـة معلومـات كافيـة مـن

البحث بحيث يعرف المشاركون المخاطر ويشعرون بالحرية في الانسحاب بدون خوف مـن أي عقوبة.

وفي الجلسات العلاجية، فإن للمرضى الحق في الحفاظ على مـا يـتم مناقشـته ليكـون سرا وخاصا لا يمكن إفشاؤه لطرف ثالث ويتم اعتبار هـذه المناقشـة بمثابـة علاقـة اتصـال متميـزة فالقانون يحمي المعلومات الواردة في العلاقة الخاصة والسريـة. وعـلى الـرغم مـن ذلـك، فـإن السرية وعلاقة الاتصال المتميزة يمكن انتهاكها إذا كان الشخص يمثل خطرا على نفسـه أو عـلى الآخرين، أو إذا كان يلاحق المعالج قضائيا بسبب تقصيره، أو إذا كان طفلا يقل عمـره عـن 16 سنة وكان ضحية لجريمة أو إساءة معاملـة، أو إذا كـان يحـاول الـتخلص مـن القـانون بسـبب جريمة ارتكبها أو يخطط لارتكابها.




المراجع

المراجع

Abbey, S. E., & Stewart, D. E. 2000 . Gender and psychosomatic aspects of ischemic disease. *Journal of Pschosomatic Research*, 48, 417-423.

Abel, G.G., Becker, J.V., Cunningham-Rathner, J., Mittelman, M., & Rouleau, J. L. 1998 . Multiple paraphilic diagnoses among sex offenders. *Bulltein of the American Academy of Psychiatry & the Law*, 16 2 , 153-168.

Abel, G.G., Becker, J.V., Mittelman, M., Cunningham-Rathner, J., Rouleau, J. L., & Murphy, W. D. 1987 . Self-reported sex crimes of nonicarcerated paraphiliacs. *Journal of Interpersonal Violence*, 2 1 , 3-25.

Abercrombie, H. C., Kalin, N. H., Thurow, M. E., Rosenkranz, M. A., & Davidson, R. J. 2003 . Cortisol variation in humans affects memory for emotionally laden and neutral information. *Behavioral Neuroscience*, 117 3 , 505-516.

Abikoff, H. B., & Hechtman, L. 1996 . Multimodal therapy and stimulants in the treatment of children with attention-deficit hyperactivity disorder. In E. D. Hibbs & R S. Jensen Eds. , *Psychosocial treatments for child and adolescent disorders*: *Empirically based strategies for clinical practice* pp. 341-369 . Washington, DC: American Psychological Association.

Abou-Saleh, M. T., Younis, Y, & Karim, L. 1998 . Anorexia nervosa in an Arab culture. *International Journal of Eating Disorders*, 23, 207-212.

Abramowitz, J. S., Franklin, M. E., Schwartz, S. A., & Furr, J. M. 2003 . Symptom presentation and outcome of cognitive-behavioral therapy for obsessive-complusive disorder. *Journal of Counselting and Clinical Psychology*, 71 6 , 1049-1057.

Abramson, L. Y, Metalsky, G. I., & Alloy, L. B. 1989 . Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. *Psychological Review*, 96, 358-372.

Acarturk, C., de Graaf, R., van Straten, A., Have, M. T., & Cuijpers, P. 2008 . Social phobia and number of social fears, and their association with comorbidity, health-realted quality of life and help seeking: A population – bases study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43 4 , 273-279.

Achenbach, T. M., Hensley, V R., Phares, V, & Grayson, D. 1990 . Problems and competencies reported by parents of Australian and American children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 31, 265-286.

Acocella, J. 1999 . *Creating hysteria*: *Women and multiple personality disorder*. San Francisco: Jossey-Bass.

Acton, G. J., &Kang, J. 2001 . Interventions to reduce the burden of caregiving for an adult with dementia: A meta-analysis. *Research in Nursing and Health*, 24, 349-360.

Adler, A. 1930 . *Guiding the child on the principles of individual psychology*. New York: Greenberg.

Agras, W. S., Crow, S. J., Halmi, K. A., Mitchell, J. E., Wilson, G. T., & Kraemer, H. C. 2000 . Outcome predictors for the cognitive-behavioral treatment of bulimia nervosa: Data from a multisite study. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1302-1308.

Agras, W. S., Rossiter, E. M., Arnow, B. et al. 1994 . One-year follow-up of psychosocial and pharmacologic treatments for bulimia nervosa. *Journal of Clinical Psychiatry*, 55, 179-183.

Agras, W. S., Rossiter, E. M., Arnow, B., Schneider, J. A., Telch, C. E, Raeburn, S. D., Bruce, B., Perl, M., & Koran, L. M. 1992 . Pharmacologic and cognitive-behavioral treatment for bulimia nervosa: A controlled comparison. American *Journal of Psychiatry*, 149, 82-87.

Aguilera, A., Lopez, S. R., Breitborde, N. J., Kopelowicz, A., & Zarate, R. 2010 . Expressed emotion and sociocultural moderation in the course of schizophernia. *Journal of Abnormal Psychology*, 119, 875-885.

Ainsworth, M. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. 1978 . *Patterns of attachment*: *A psychological study of the strange situation*. Oxford, England: Erlbaum.

Akiskal, H. S., Hantouche, E. G., Bourgeois, M. L., Azorin, J. M., Sechter, D., Allilaire, J. F., et al. 2001 . Toward a refined phenomenology of mania : Combining clinician assessment and self-report in the Frech EPIMAN study. *Journal of Affective Disorders*, 67, 89-96.

Akyuez, G., Dogan, O., Sar, Y, Yargic, L. I., & Tutkun, H. 1999 . Frequency of dissociative disorder in the general population in Turkey. *Comprehensive Psychiatry*, 40, 151-159.

Albee, G. W, Lane, E. A., & Renter, J. M. 1964 . Childhood intelligence of future schizophrenics and neighborhood peers. *Journal of Psychology*, 58, 141-144.

Albert, M. S., Dekosky, S. T., Dickson, D., Dubois, B., Feldman, H. H., Fox, N. C., … Phelps, C. H. 2011 . The diagnosis of mild cognitive impairment due to Alzheimer's disease: Recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimer's and Dementia*: *The Journal of Alzheimer's Association*. 7 3 , 270-279.

Albertini, R. S., & Phillips, K. A. 1999 . Thirty-three cases of body dysmorphic disorder in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 453-459.

Alden, L E. 1989 . Short-term structured treatment for avoidant personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 756-764.

Alden, L. E., Laposa, J. M., Taylor, C. T., & Ryder, A. G. 2002 . Avoidant personality disorder: Current status and future directions. *Journal of Personality Disorders*, 16,1-29.

Alegria, M., Canino, G., Shrout, P. E., Woo, M., Duan, N., & Vila, D. 2008 . Prevalence of mental illness in immigrant and non-immigrant U. S. Latino groups. *Ameican Journal of Psychiatry*, 165, 359-369.

Alegria, M., Woo, M., Cao, Z., Torres, M., Meng, X. L., & Striegel-Moore, R. 2007 . Prevalance and correlates of eating disorders among Latinos in the United States. *International Journal of Eating Disorders*, 40, s15-s21.

Alexander, P C., & Lupfer, S. L. 1987 . Family characteristics and long-term consequences associated with sexual abuse. *Archives of Sexual Behavior*, 16, 235-245.

Allan, C., Smith, I., & Mellin, M. 2000 . Detoxification from alcohol: A comparison of home detoxification and hospital-based day patient care. *Alcohol & Alcoholism*, 35, 66-69.

Allderidge, P. 1979 . Hospitals, mad houses, and asylums: Cycles in the care of the insane. *British Journal of Psychiatry*, 134, 321-324.

Allen, M., D'alession, D., & Brezgel, K., 1995 . A meta-analysis summarizing the effects of pornography: II. Aggression after exposure. *Human Communication Research*, 22, 258-283.

Allen, P. , Johns, L. C., Fu, C. H. Y, Broome, M. R., Vythelingum, G. N., & McGuire, P. K. 2004 . Misattribution of external speech in patients with hallucinations and delusions. *Schizophrenia Research*, 69, 277-287.

Allnutt, S. H., Bradford, J. M., Greenberg, D. M., & Curry, S. 1996 . Co-morbidity of alcoholism and the paraphilias. *Journal of Forensic Science*, 11, 234-239.

Alloy, L. B., Abramson, L. Y., Walshaw, P. D., Cogswell, A., Grandin, L. D., Hughes, M. E., … Hogan, M. E. 2008 . Behavioral approach system and behavioral inhibition system senitivities and bipolar spectrum disorders: Prospective prediction of bipolar mood episodes. *Bipolor Disorders*, 10 2 , 310-322.

Alloy, L. B., Abramson, L. Y., Walshaw, P. D., Gerstein, R. K., Keyser, J. D., Whitehouse, W. G., … Harmon-Jones, E. 2009 . Behavioral approach system BAS relevant cognitive styles abd bipolar spectrum disorders: Concurrent and prospective association. *Journal of Abnormal Psychology*, 118 3 , 459-471.

Alloy, L. B., Abramson, L. Y., Whitehouse, W. G., Hogan, M. E., Panzarella, C., & Rose, D. T. 2006 . Prespective incidence of frist onsets and recurrences of depression in individuals at high and low cognitive risk for depressopn> *Journal of Abnormal Psychology*, 115, 145-156.

Altamura, C., Paluello, M. M., Mundo, E., Medda, S., & Mannu, P. 2001 . Clinical and subclinical body dysmorphic disorder. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 251, 105-108.

Althof, S. E., Abdo, C. H., Dean, J., Hackett, G., Mccabe, M., McMahon, C. G., … Tan, H. M. 2010 . Intrenational Society for Sexual Medicine's guidelines for the diagnosis and treatment of premature ejaculation. *Journal of Sexual Medicine*, 7 9 , 2947-2947.

Altshuler, L. L., Kupka, R. W., Hellemann, G., Frye, M. A., Sugar, C. A., McElroy, S. L., … Suppes, T. 2010 . Gender and depressive symptoms in 711 patients with bipoplar disorder evaluated prospectively in the Stanley Foundation Bipolar Treatment Outcome Network. *American Journal of Psychiatry*, 167 6 , 708-715.

Alwahhabi, E. 2003 . Anxiety symptoms and generalized anxiety disorder in the elderly: A review. *Harvard Review of Psychiatry*, 11, 180-193.

Amador, X. F., Flaum, M., Andreasen, N. C., Strauss, D. H., Yale, S. A. et al. 1994 . Awareness of illness in schizophrenia and schizoaffective and mood disorder. *Archives of General Psychiatry*, 51, 826-836.

Aman, M. G., & Langworthy, K. 2000 . Pharmacotherapy for hyperactivity in children with autism and other pervasive developmental disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 30, 451-459.

American Law Institute. 1962 . *Model penal code. Proposed official draft*. Philadelphia: Author.

American Lung Association. 2010 . *State of tobacco control 2010*. American Lung Association, http:// www.stateoftobaccocontrol.org.

American Psychiat Association. 2000 . *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* DSM-IV-TR [4th Text Revision ed.]. Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association. 2004 . *Practice guidelines for the treatment of patients with schizophrenia* 2nd ed. . Retrieved from http://www.psych.org.

American Psychiatric Association. 2007 . *Treatment of patients with Alzheimeris disease and other dementias* 2nd ed. . APA Practice Guidelines.http:// www.psych.org.

American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* DSM-IV-TR . First edition, 1952; second edition, 1968; third edition, 1980; revised, 1987; fourth edition, 1994; revised 2000. Washington, DC: Author.

American Psychological Association. 2002 . Ethical principles of psychologists and code of conduct. *American Psychologist*, 57, 1060-1073.

Amir, N., Beard, C., Burns, M., & Bomyea, J. 2009 . Attention modification program in individual with generalized anxiety disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 118 1 , 28-33.

Amir, N., Foa, E. B., & Coles, M. E. 1998 . Negative interpretation bias in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 945-957.

Anand, A., Verhoeff, P., Seneca, N., Zoghbi, S. S., Seibyl, J. P., Charney, D. S., & Innis, R. B. 2000 . Brain SPECT Imaging of Amphetamine-Induced Dopamine Release in Euthymic BPD Patients. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1109-1114.

Anastopoulos, A. D., Shelton, T., DuPaul, G. J., & Guevremont, D. C. 1993 . Parent training for attention deficit hyperactivity disorder: Its impact on parent functioning. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 20, 503-520.

Ancoli, I. S., Kripke, D. E, Klauber, M. R., Fell, R., Stepnowsky, C., & Estline, E., …Chinn, A. 1996 . Morbidity, mortality and sleep-disordered breathing in community dwelling elderly. *Sleep*: *Journal of Sleep Research and Sleep Medicine*, 19, 277-282.

Andersen, B. L., Cyranowski, J, M., & Aarestad, S. 2000 . Beyond artificial, sex-linked distinctions to conceptualize female sexuality: Comment on Baumeister. *Psychological Bulletin*, 126 3 , 380-384.

Andersen, B. L., Cyranowski, J. M., & Espindle, D. 1999 . Men's sexual self-schema. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76, 645-661.

Andersen, S. M., & Chen, S. 2002 . The relational self: An interpersonal social-cognitive therapy. *Psychological Review*, 109, 619-645.

Andersen, S. M., Reznik, I., & Manzellia, L. M. 1996 . Eliciting transient affect, motivation, and expectancies in transference: Significant-other representations and the self in social relations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 1108-1129.

Anderson, C. A., Hinshaw, S. H, & Simmel, C. 1994 . Mother-child interactions in ADHD and comparison boys: Relationships to overt and covert externalizing behavior, *Journal of Abnormal Child Psychology*, 22, 247-265.

Anderson, E. R., & Hope, D. A. 2008 . A review of the tripartite model for understanding the link between anxiety and depression in youth. *Clinical Psychology Review*, 28, 275-287.

Anderson, G. M., & Hoshino, Y. 1987 . Neurochemical studies of autism. In D. J. Cohen, A. M. Donnellan, & R. Paul Eds. , *Handbook of autism and pervasive developmental disorders*. pp. 166-191 New York: Wiley.

Anderson, L. T., Campbell, M., Adams, P., Small, A. M., Perry, R., & Shell, J. 1989 . The effects of haloperidol on discrimination learning and behavioral symptoms in autistic children. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 19, 227-239.

Anderson, M. C., & Green, C. 2001 . Suppressing unwanted memories by executive control. *Nature*, 410,366-369.

Anderson, S., Hanson, R., Malecha, M., Oftelie, A., Erick-son, C., & Clark, J. M. 1997 . The effectiveness of naltrexone in treating task attending, aggression, self-injury, and stereotypic mannerisms of six young males with autism or

pervasive developmental disorders. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 9, 211-221.

Andreano, J. M., & Cahill, L. 2006 . Glucocorticoid release and memory consolidation in men and women. *Psychologial Science*, 17, 466-470.

Andreasen, N. C., Olsen, S. A., Dennert, J. W., & Smith, M. R. 1982 . Ventricular enlargement in schizophrenia: Relationship to positive and negative symptoms. *American Journal of Psychiatry*, 139, 297-302.

Andrews, G., Charney, D. S., Sirovatka, P. J., & Regier, D. A. Eds. . 2009 . *Stress-induced and fear circuity disorders*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.

Andrews, G., Cuijpers, P., Craske, M. G., McEvoy, P., & Titov, N. 2010 . Computer therapy for the anxiety and depressive disorders is effective, acceptable and practical health care: A meta-analysis. *PloS One*, e13196.

Andrews, G., Hobbs, M. J., Borkovec, T. D., Beesdo, K., Craske, M. G., Heimberg, R. G., … Stanley, M. A. 2010 . Generalized worry disorder: A review of DSM-IV generalized anxiety disorder and options for DSM-V. *Depression and Anxiety*, 27 2 , 134-147.

Anglin, M. D., Burke, C., Perrochet, B., Stamper, E., & Dawud-Noursi, S. 2000 . History of the methamphetamine problem. *Journal of Psychoactive Drugs*, 32, 137-141.

Angold, A., Erkanli, A., Egger, H. L., & Costello, E. J. 2000 . Stimulant treatment for children: A community perspective. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 975-984.

Angrist, B., Lee, H. K., & Gershon, S. 1974 . The antagonism of amphetamine-induced symptomatology by a neuroleptic. *American Journal of Psychiatry*, 131, 817-819.

Angst, F., Stassen, H. H., Clayton, P J., & Angst, J. 2002 . Mortality of patients with mood disorders: Follow-up over 34-38 years. *Journal of Affective Disorders*, 68, 167-181.

Angst, J. 1998 . Sexual problems in healthy and depressed persons. *International Clinical Psychopharmacology*, 13 Suppl. 6 , S1-S4.

Anthony, J. L., & Lonigan, C. L. 2004 . The nature of phonological awareness: Converging evidence from four studies of preschool and early grade school children. *Journal of Educational Psychology*, 96, 43-55.

Appel, L. J., Moore, T. J., Obarzanek, E., Vollmer, W. M., Svetkey, L. P, Sacks, F .M., Bray, G. A., Vogt, T. M., Cutler, J. A., Windhauser.M. M., Lin, P.H., SKaranja, N., for the DASH Collaborative Research Group. 1997 . A clinical trial of the effects of dietary patterns on blood pressure. *New England Journal of Medicine*, 336, 1117-1124.

Appelbaum, P. S. 2006 . “Depressed? Get out!”: Dealing with suicidual students on college campuses. *Psychiatric Services*, 57, 914-916.

Appelbaum, E.S., & Grisso,T. 1995 . The MacArthur Treatment Competence Study: 1. Mental illness and competence to consent to treatment. *Law and Human Behavior*, 19, 105-126.

Appelbaum, P. S., & Gutheil, T. 1991 . *Clinical handbook of psychiatry and the law*. Baltimore: Williams & Wilkins.

Appignannesi, L. 2008 . *Mad, bad. And sad: Women and the mind doctors*. New York: W.W.Norton.

Araujo, A. B., Durante, R., Feldman, H. A., Goldstein, L, & McKinley, J. B. 1998 . The relationship between depressive symptoms and male erectile dysfunction: Cross-sectional results from the Massachusetts Male Aging Study. *Psychosomatic Medicine*, 60, 458-465.

Arbisi, P. A., Ben-Porath, Y. S., & McNulty, J. 2002 . A comparison of MMPI-2 validity in African American and Caucasian psychiatric patients. *Psychological Assessment*, 14,3-15.

Arentewicz, G., & Schmidt, G. 1983 . *The treatment of sexual disorders: Concepts and techniques of couple therapy*. New York: Basic Books.

Arias, E., Anderson, R. N., Kung, H. C., Murphy, S. L., & Kochanek, K. D. 2003 . *Deaths: Final Reports, 52. Hyattsville*, MD: National Center for Health Statistics. DHHS Publication No. 2003-1120.

Arndt, I. O., Dorozynsky, L., Woody, G. E., McLellan, A. T, & O'Brien, C. P. 1992 . Desipramine treatment of cocaine dependence in methadone-maintained patients. *Archives of General Psychiatry*, 49, 888-893.

Arnett, J.J. 2008 . The neglected 95%: Why American Psychology needs to become less American. *The American Psychologist*, 63 7 , 602-614.

Arnold, E. H., O'Leary, S. G., & Edwards, G. H. 1997 . Father involvement and self-reported parenting of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 337-342.

Arnold, E. M., Kirk, R. S., Roberts, A. C., Griffith, D. E, Meadows, K., & Julian, J., et al. 2003 . Treatment of incarcerated, sexually-abused adolescent females: An outcome study. *Journal of Child Sexual Abuse*, 12 1 , 123-139.

Arnold, L. E., Elliott, M., Sachs, L., et al. 2003 . Effects of ethnicity on treatment attendance, stimulant response/dose, and 14-month outcome in ADHD. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 713-727.

Arnold, L. M., Keck, P. E., Jr., Collins J., Wilson, R., Fleck, D. E., Corey, K. B., … Strakowski, S. M. 2004 . Ethnicity and first-rank symptoms in patients with psychosis. *Schizophrenia Research*, 67, 207-212.

Arnow, B., Kenardy, J., & Agras, W. S. 1992 . Binge eating among the obese. *Journal of Behavioral Medicine*, 15, 155-170.

Aronson, E. 2004 . *The social animal.* 9th edition. New York: Worth.

Arseneault, L., Cannon, M., Poulton, R., Murray, R., Caspi, A., & Moffitt, T. E. 2002 . Cannabis use in adolescence and risk for adult psychosis : Longitudinal prospective study. *Birtish Medical Journal*, 325, 1212-1213.

Artiles, A. J., & Trent, S. C. 1994 . Overrepresentation of minority students in special education: A continuing debate. *Journal of Special Education*, 27, 410-437.

Ascher, E, A., Sturm, V. E., Seider, B. H., Holley, S. R., Miller, B. L., & Levenson, R. W. 2010 . Relationship satisfaction and emotional language in frontotemporal dementia and Alzheimer disease patients and spousal caregivers. *Alzheimer's Disease & Associated Disorders*, 24, 49-55.

Ashbaugh, A. R., Antony, M.M., McCabe, R. E., Schmidt, L. A., & Swinson, R. P. 2005 . Self-evaluative biases in social anxiety. *Cognitive Therapy and Research*, 29, 387-398.

Asmundson, G. J., Larsen, D. K., & Stein, M. B. 1998 . Panic disorder and vestibular disturbance: An overview of empirical findings and clinical implications *Journal of Psychosomatic Research*, 44,107-120.

Asmundson, G. J., Stapleton, J. A., & Taylor, S. 2004 . Are avoidance and numbering district PSTD symptom clusters?. *Journal of Traumatic Stress*, 17 6 , 467-475.

Attia, E., Haiman, C., Walsh, B. X, & Plater, S. R. 1998 . Does fluoxetine augment the inpatient treatment of anorexia nervosa? *American Journal of Psychiatry*, 155, 548-551.

Attia, E., & Roberto, C. A. 2009 . Should amenorrhea be a diagnostic criterion for anorexia nervosa?. *International Journal of Eating Disorders*, 42, 581-589.

Aubry, J., Gervasoni, N., Osiek, C., Perret, G., Rossier, M. F., Bertschy, G., & Bondolfi, G. 2007 . The DEX/CRH neuroendocrine test and the prediction of depressive relapse in remitted depressed outpatients. *Journal of Psychiatric Research*, 41, 290-294.

Audrain-McGovern, J., & Tercyak, K. P. 2011 . Genes, environment and adolescent smoking: Implications for prevention. In K. S. Kendler, S. R. Jaffee, & D. Romer Eds. , *The dynamic genome and mental health* pp. 294-321 . New York: Oxford University Press.

Avissar, S., Nechamkin, Y., Barki-Harrington, L., Roitman, G., & Schreiber, G. 1997 . Differential G protein measures in mononuclear leukocytes of patients with bipolar mood disorder are state dependent. *Journal of Affective Disorders*, 43, 85-93.

Avissar, S., Schreiber, G., Nechamkin, Y., Nehaus, I., Lam, G., et al. 1999 . The effects of seasons and light therapy on G protein levels in mononuclear leukocytes in patients with seasonal, affective disorder. *Archives of General Psychiatry*, 56, 178-184.

Ayanian, J. Z., & Cleary, P. D. 1999 . Perceived risks of heart disease and cancer among cigarete smokers. *JAMA*, 281, 1019-1021.

Bach, A. K., Wincze, J. E, & Barlow, D. H. 2001 . Sexual dysfunction. In D. H. Barlow Eds. , *Clinical handbook of psychological disorders* pp. 562-608 . New York: Guilford.

Baer, R. A., & Sekirnjak, G. 1997 . Detection of underreporting on the MMPI-II in a clinical population. Effects of information about validity scales. *Journal of Personality Assessment*, 69, 555-567.

Bagby, M. R., Nicholson, R. A., Bacchionchi, J. R., et al. 2002 . The predictive capacity of the MMPI-2 and PAI validity scales and indexes to detect coached and un-coached feigning. *Journal of Personality Assessment*, 78, 69-86.

Bailey, A., LeCouteur, A., Gottesman, L, Bolton, P., Si-monoff, E., Yuzda, E., & Rutter, M. 1995 . Autism as a strongly genetic disorder: Evidence from a British twin study. *Psychological Medicine*, 25, 63-77.

Baker, J. H., Mittchell, K. S., Neale, M. C., & Kendler, K. S. 2010 . Eating disorder symptomatology and substance use disorders: Prevalence and shared risk in a population based twin sample. *International Journal Eating Disorders*, 43, 648-658.

Baker, L. A., Jacobson, K. C., Raine, A., Lozano, D. L., & Bezdjian, S. 2007 . Genetic and environmental bases of childhood antisocial behavior: A multi-informant twin study. *Journal of Abnormal Psychology*, 116, 219-235.

Ball, J. C., & Ross, A. 1991 . *The effectiveness of methadone maintenance treatment*. New York: Springer-Verlag.

Balsis, S., Carpenter, B. D., & Storandt, M. 2005 . Personality change precedes clinical diagnosis of dementia of the Alzheimer type. *Journal of Gerontology*, 60B 2 , 98-101.

Bancroft, J., Loftus, J., & Long, J. S. 2003 . Distress about sex: A national survey of women in heterosexual relationships. *Archives of Sexual Behavior*, 32, 193-208.

Bandelow, B., Zohar, J., Hollander, E., Kasper, S., Moller, H. J., Allgulander, C., … Vega, J. 2008 . World Federation of Societies of Biological Psychiatry WFSBP guidelines for the pharmacological treatment of anxiety, obsessive –first revision. *World Journal of Biological Psychiatry*, 9 4 , 248-312.

Bandura, A., Blanchard, E. B., & Ritter, B. 1969 . Relative efficacy of desensitization and modeling approaches for inducing behavioral, affective, and attitudinal changes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 13, 173-199.

Bandura, A., & Menlove, E. L. 1968 . Factors determining vicarious extinction of avoidance behavior through symbolic modeling. *Journal of Personality and Social Psychology*, 8, 99-108.

Banich, M. T., Passarotti, A. M., White, D. A., Nortz, M. J., & Steiner, R. D. 2000 . Interhemispheric interaction during childhood: II. Children with early-treated phenylketonuria. *Developmental Neuropsychology*, 18, 53-71.

Bar-Haim, Y., Lamy, D., Lee, P., Bakermans-Kranenburg, M. J., & van Ljzendoorn, M. H. 2007 . Threat-related attentional bias in anxious individuals: A meta-analytic study. *Psychological Bulletin*, 133, 1-24.

Bar-Haim, Y., Lamy, D., Pergamin, L., Bakermans-Kranenburg, M. J., & van Ljzendoorn, M. H. 2007 . Threat-related attentional bias in anxious individuals: A meta-analytic study. *Psychological Bulletin*, 133 1 , 1-24.

Barbato, A., & D'Avanzo, B. 2008 . Efficacy of couple therapy as a treatment for depression: A meta-analysis. *Psychiatric Quarterly*, 79, 121-132.

Barber, C. 2008 . *Comfortably numb*. New York: Pantheon.

Barbini, B., Benedetti, F., Colombo, C., Dotoli, D., Bernasconi, A., Cigala-Fulgosi, M., … Smeraldi, E. 2005 . Dark therapy for mania: a pilot study. *Bipolar Disorders*, 7, 98-101.

Barch, D. M., Carter, C. S., Braver, T. S., et al. 2001 . Selective deficits in prefrontal cortex function in medication-naive patients with schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 58, 280-288.

Barch, D. M., Carter, C. S., MacDonald, A. W, Braver, T. S., & Cohen, J. D. 2003 . Context processing deficits in schizophrenia: Diagnostic specificity, four-week course, and relationship to clinical symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 112, 132-143.

Barch, D. M., Csernansky, J. G., Conturo, X., & Snyder, A. Z. 2002 . Working and long-term memory deficits in schizophrenia: Is there a common prefrontal mechanism? *Journal of Abnormal Psychology*, 111, 478-494.

Bardone-Cone, A. M., Wonderlich, S. A., Frost, R. O., Bulik, C. M., Mitchell, J., et al. 2007 . Perfectionism and eating disorders: Current status and future directions. *Clinical Psychology Review*, 27, a384-405.

Barkley, R. A. 1981 . *Hyperactive children: A handbook for diagnosis and treatment*. New York: Guilford.

Barkley, R. A. 1990 . *Attention-deficit hyperactivity disorder A handbook for diagnosis and treatment*. New York: Guilford.

Barkley, R. A. 1997 . Behavioral inhibition, sustained attention, and executive function: Constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin*, 121, 65-94.

Barkley, R. A., DuPaul, G. J., & McMurray, M. B. 1990 . A comprehensive evaluation of attention deficit disorder with and without hyperactivity defined by research criteria. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 775-789.

Barkley, R. A., Fischer, M., Smallish, L., & Fletcher, K. 2002 . The persistence of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder into young adulthood as a function

of reporting source and definition of disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 111, 279-289.

Barkley, R. A., Fischer, M., Smallish, L., & Fletcher, K. 2003 . Does the treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder with stimulants contribute to drug use/abuse? A 13-year prospective study. *Pediatrics*, 111, 97-109.

Barkley, R. A., Grodzinsky, G., & DuPaul, G. J. 1992 . Frontal lobe functions in attention deficit disorder with and without hyperactivity: A review and research report. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 20, 163-188.

Barkley, R. A., Karlsson, J., & Pollard, S. 1985 . Effects of age on the mother-child interactions of hyperactive children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 13, 631-638.

Barlow, D. H. 2004 . *Anxiety and its disorders*: *The nature and treatment of anxiety and panic*. New York: Guilford.

Barlow, D. H., Blanchard, E. B., Vermilyea, J. A., Vermilyea, B. B., & DiNardo, P. A. 1986 . Generalized anxiety and generalized anxiety disorder: Description and reconceptualization. *American Journal of Psychiatry*, 143, 40-44.

Barlow, D. H., Raffa, S. D., & Cohen, E. M. 2002 . Psychosocial treatments for panic disorders, phobias, and generalized anxiety disorder. J. M. German, P. E. Nathan Eds. , *A guide to treatments that work* 2nd ed., pp. 301-335 . London: Oxford University Press.

Barsky, A. J., Fama, J. M., Bailey, E. D., & Ahern, D. K. 1998 . A prospective 4- to 5-year study of DSM-1II-R hypochondriasis. *Archives of General Psychiatry*, 55, 737-744.

Barsky, A. J., Orav, E. J., & Bates, D. W. 2005 . Somatization increases medical utization and costs independent of psychiatric and medical comorbidity. *Archives of General Psychiatry*, 62, 903-910.

Barth, J., Schumacher, M., & Herrmann-Lingen, C. 2004 . Depression as a risk factor for mortality in patients with coronary heart disease: A meta-analysis. *Psychosomatic Medicine*, 66, 802-813.

Bartlik, B., & Goldberg, J. 2000 . Female sexual arousal disorder. In S. R. Lieblum and R. C. Rosen Eds. , *Principles and practice of sex therapy*, 3rd ed., pp. 85-117 . New York: Guilford.

Bass, E., & Davis, L. 1994 . *The courage to heal*: *A guide for women survivors of child sexual abuse*. New York: Harper Collins.

Bassett, A. S., Scherer, S. W., & Brzustowicz, L. M. 2010 . Copy number variations in schizophrenia: Critical review and new perspectives on concepts of genetics and disease. *American Journal of Psychiatry*, 167, 899-914.

Basson, R., Althof, S. A., Davis, S., Fugl-Meyer, K., Goldstein, I., Leiblum, S., … Wagner, G. 2004 . Summary of the recommendations on sexual dysfunctions in women. *Journal of Sexual Medicine*, 1 1 , 24-34.

Basson, R., Brotto, L. A., Laan, E., Redmond, G., & Utian, W. H. 2005 . Assessment and management of women's sexual dysfunctions: Problematic desire and arousal. *Journal of Sexual Medicine*, 2, 291-300.

Bateman, A. W., & Fonagy, P. 2004 . Mentalization-based treatment of BPD. *Journal of Personality Disorders*, 18, 36-51.

Baumeister, A. A., & Baumeister, A. A. 1995 . Mental retardation. In M. Hersen & R. T. Ammerman Eds. , *Advanced abnormal child psychology* pp. 283-303 . Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Baumeister, R. E. 2000 . Gender differences in erotic plasticity: The female sex drive as socially flexible and responsive. *Psychological Bulletin*, 126 3 , 347-374.

Baumeister, R. E., & Butler, J. L. 1997 . Sexual masochism: Deviance without pathology. In D. R., Laws & W. O'Donohue Eds. , *Sexual deviance* pp. 225-239 . New York: Guilford.

Baumeister, R. E, Catanese, K. R., SrVohs, K. 2001 . Is there a gender difference in strength of sex drive? Theoretical views, conceptual distinctions, and a review of relevant evidence. *Personality and Social Psychology Review*, 5 3 , 242-273.

Baxter, L. R., Ackermann, R. F, Swerdlow, N. R., Brody, A., Saxena, S., Schwartz, J. M., Gregoritch, J. M., Stoessel, P., & Phelps, M. E. 2000 . Specific brain system mediation of obsessive-compulsive disorder responsive to either medication or behavior therapy. In W K. Goodman, M. V. Rudorfer, & J. D. Maser Eds. , *Obsessive-compulsive disorder*: *Contemporary issues in treatment*. pp. 573-610 . Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

Beauchaine, T. P., Hinshaw, S. P., & Pang, K. L. 2010 . Comorbirdity of attention-deficit/hyperactivity disorder and early-onset conduct disorder: Biological, environmental, and developmental mechanisms. *Clinical Psychology*: *Science and Practice*, 17, 327-336.

Beck, A. T. 1967 . *Depression*: *Clinical*, *experimental and theoretical aspects*. New York: Harper & Row.

Beck, A. T. 1976 . *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.

Beck, A. T., & Freeman, A. 1990 . *Cognitive therapy for personality disorders*. New York: Guilford Press.

Beck, A. T., Kovacs, M., & Weissman, A. 1975 . Hopelessness and suicidal behavior: An overview. *Journal of the American Medical Association*, 234, 1146-1149.

Beck, A. T., & Rector, N. A. 2000 . Cognitive therapy of schizophrenia: A new therapy for the new millennium. *American Journal of Psychotherapy*, 54, 291-300.

Beck, A. X., Rector, N., & Stolar, N. 2004, October . *The negative symptoms of schizophrenia*: *A cognitive perspective*. Paper presented at the annual meeting of the Society for Research in Psychopathology, St. Louis, MO.

Beck, J. G. 1995 . Hypoactive sexual desire disorder: An overview. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53 919-927.

Beck, J. G., & Bozman, A. 1995 . Gender differences in sexual desire: The effects of anger and anxiety. *Archives of Sexual Behavior*, 24, 595-612.

Becker, J. V., & Hunter, J. A. 1997 . Understanding and treating child and adolescent sexual offenders. In T. H. Ollendick & R. J. Prinz Eds. , *Advances in clinical child psychology* pp. 177-196 . New York: Plenum.

Beecher, H. K. 1966 . Ethics and clinical research. *New England Journal of Medicine*, 274, 1354-1360.

Beesdo, K., Pine, D. S., Lieb, R., & Wittchen, H. U. 2010 . Incidence and risk patterns of anxiety and depressive disorders and categorization of generalized anxiety disorder. *Archives of General Psychiatry*, 67 1 , 47-57.

Beevers, C., Rohde, P., Stice, E., & Nolen-Hoeksema, S. 2007 . Recovery from major depressive disorder among female adolescent: A prospective test of the scar hypothesis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 888-900.

Bellack, A. S., & Hersen, M. 1998 . *Behavioral assessment*: *A practical handbook* 4th ed. . Boston: Allyn & Bacon.

Ben-Porath, Y. S., & Butcher, J. N. 1989 . The comparability of MMP-I and MMPI-2 scales and profiles. *Psychological Assessment*, 1, 345-347.

Bender, D., Morey, L. C., & Skodol, A. E. 2011 . Toward a model for assessing level of personality functioning in DSM-5, Part I: A review of theory and methods. *Journal of Personality Assessment*, 93 4 , 332-346.

Benkelfat, C., Ellenbogen, M. A., Dean, P., Palmour, R. M., & Young, S. N. 1994 . Mood-lowering effect of tryptophan depletin: Enhanced susceptibility in young men at genetic risk for major affective disorders. *Archives of General Psychiatry*, 51, 687-700.

Benowitz, N. L., & Peng, M. W. 2000 . Non-nicotine pharmacotherapy for smoking cessation. *CNS Drugs*, 13, 265-285.

Benowitz, N., Perez-Stable, E., Herrera, B., & Jacob, P. 2002 . Slower metabolism and reduced intake of nicotine from cigarette smoking in Chinese-Americans. *Journal of National Cancer Institute*, 94, 108-115.

Bergen, A. W., Yeager, M., Welch, R. A., Haque, K., Ganjei, J. K., van den Bree, M. B. M., et al. 2005 . Association of multiple DRD2 polymorphisms with anorexia nervosa. *Neuropsychopharmacology*, 30, 1703-1710.

Berkman, E. T., Falk, E. M., & Leiberman, M. D. 2011 . In the trenches of real-world self-control: Neural correlates of breaking the link between craving and smoking. *Psychological Science*, 22, 498-506.

Berkman, L. E, Blumenthal, J., Burg, M., Carney, R. M., Catellier, D., Cowan, M. J., … Schneiderman, N. 2003 . Effects of treating depression and low perceived social support on clinical events after myocardial infarction: The Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease Patients ENRICHD Randomized Trial. *JAMA*, 289, 3106-3116.

Bernal, M., Haro, J. M., Bernert, S., Brugha, T., de Graaf, R., Bruffaerts, R., …Alonso, J. 2007 . Risk factors for suicidality in Europe: Results from the ESEMED study. *Journal of Affective Disorders*, 101 1-3 , 27-34.

Berry, J. C. 1967 . *Antecedents of schizophrenia, impulsive character and alcoholism in males*. Paper presented at the 75th Annual Convention of the American Psychological Association, Washington, DC.

Bertram, L., & Tanzi, R. E. 2009 . Genome-wide association studies in Alzheimer's disease. *Human Molecular Genetics*, 18 R2 , R137-R145.

Beutler, L. E., Machado, P. P. P., & Neufeldt, S. A. 1994 . Therapist variables. In S. L. Garfield, & A. E. Bergin Eds. , *Handbook of psychotherapy and behavior change* pp. 229-269 . Oxford, England: John Wiley & Sons.

Bhugra, D., Popelyuk, D., & McMullen, I. 2010 . Paraphilias across cultures: Contexts and controversies. *Journal of Sex Research*, 47 2 , 242-256.

Bhutta, A. T., Cleves, M. A., Casey, P. H., Cradock, M. M., & Anand, K. J. 2002 . Cognitive and behavioral outcomes of school-aged children who were born preterm: A meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*, 288, 728-737.

Biederman, J., & Faraone, S. 2004 . The Massachusetts General Hospital studies of gender influences on attention-deficit/hyperactivity disorder in youth and relatives. *Psychiatric Clinics of North America*, 27, 215-224.

Biederman, J., Faraone, S., Milberger, S., Curtis, S., Chen, L., Marrs, A., Ouellette, C., Moore, P., & Spencer, T. 1996 . Predictors of persistence and remission of ADHD into adolescence: Results from a four-year prospective follow-up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 343-351.

Biederman, J., Mick, E., Faraone, S. V., et al. 2000 . Pediatric mania: A developmental subtype of bipolar disorder? *Biological Psychiatry*, 48, 458-466.

Biederman, J., Monuteasu, M. C., Mick, E., Spencer, T., Wilens, T. E., Silva, J. M., …Faraone, S. V. 2006 . Young adult outcome of attention deficit hyperactivity disorder: A controlled 10-year follow-up study. *Psychological Medicine*, 36, 167-179.

Biederman, J., Prtty, C. R., Monuteasu, M. C., Fried, R., Byrne, D., Mirto, T., … Faraone, S. V. 2010 . Adult psychiatric outcomes of girls with attention deficit hyperactivity disorder: 11-year follow-up in a longitudinal case-control study. *American Journal of Psychiatry*, 167, 409-417.

Biederman, J., Rosenbaum, J. F., Hirshfeld, D. R., & Faraone, S. V. 1990 . Psychiatric correlates of behavioral inhibition in young children of parents with and without psychiatric disorders. *Archives of General Psychiatry*, 47, 21-26.

Biglan, A., Hops, H., & Sherman, L. 1988 . Coercive family processes and maternal depression. In R. J. McMahon & R. D. Peter Eds. , *Marriages and families: Behavioral treatments and processes* pp.72-103 . New York: Brunner/Mazel.

Binik, Y. M. 2010 . The DSM diagnostic criteria for dyspareunia. *Archives of Sexual Behavior*, 39 2 , 292-303.

Birbaumer, N., Veit, R., Lotze, M., Erb, M., Hermann, C., Grodd, W., & Flor, H. 2005 . Deficient fear conditioning in psychopathy: A functional magnetic resonance imaging study. *Archives of General Psychiatry*, 62, 799-805.

Birks, J. 2006 . Cholinesterase inhibitors for Alzheimer's disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, CD005593. doi: 10.1002/14651858. CD005593.

Birnbaum, G. E., Reis, H. T., Mikulincer, M., Gillath, O., & Orpaz, A. 2006 . When sex is more than just sex: Attachment orientations, sexual experience, and relationship quality. *Journal of Personality and Social Psychology*, 91, 929-943.

Bischkopf, J., Busse, A., & Angermeyer, M. C. 2002 . Mild cognitive impairment: A review of prevalence, incidence and outcome according to current approaches. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 106,403-414.

Bjornsson, A. S., Dyck, I., Moitra, E., Stout, R. L., Weisberg, R. B., Keller, M. B., & Phillips, K. A. 2011 . The clinical course of body dysmorphic disorder in the Harvard/Brown Anxiety Research Project HARP . *Journal of Nervous and Mental Disease*, 199 1 , 55-57.

BJS 1999 . *Mental health and treatment of inmates and probationers*. Bureau of Justice Statistics Special Report. Department of Justice. NJC174463.

Blachman, D. R., & Hinshaw, S. P. 2002 . Patterns of friendship among girls with and without attention deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30, 625-640.

Black, D. W, Baumgard, C. H., & Bell, S. E. 1995 . A 16- to 45-year follow-up of 71 men with antisocial personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 36, 130-140.

Blair, K. S., Shaywitz, J., Smith, B. W., Rhodes, R., Geraci, M., Jones, M., … Mondillo, K. 2008 . Response to emotional expressions in generalized social phobia and generalized anxiety disorder: Evidence for separate disorders. *American Journal of Psychiatry*, 165, 1193-1202.

Blair, R. J. D., Jones, L., Clark, E, & Smith, M. 1997 . The psychopathic individual: A lack of responsiveness to distress cues? *Psychophysiology*, 34, 192-198.

Blanchard, J. J., & Brown, S. B. 1998 . Structured diagnostic interviews. In C. R. Reynolds Ed. , *Comprehensive clinical psychology*, Volume 3, assessment pp. 97-130 . New York: Elsevier.

Blanchard, J. J., & Cohen, A. S. 2006 . The structure of negative symptoms within schizophrenia : Implications for assessment. *Schizophrenia Bulletin*, 32, 238-245.

Blanchard, J. J., Squires, D., Henry, T., Horan, W. P., Bogen-schutz, M., et al. 1999 . Examining an affect regulation model of substance abuse in schizophrenia: The role of traits and coping. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 187, 72-79.

Blanco, C., Heimberg, R. G., Schneier, F. R., Fresco, D. M., Chen, H., Turk, C. L., … Liebowitz, M. R. 2010 . A placebo-controlled trial of phenelzine, cognitive behavioral group therapy, and their combination for social anxiety. *Archives of General Psychiatry*, 67 3 , 286-295.

Bloch, M. H., Landeros-Weisenberger, A., Sen, S., Dombrowski, P., Kelmendi, B., Coric, V., … Lechman, J. F. 2008 . Association of the serotonin transporter polymorphism and obsessive-compulsive disorder: Systematic review. *American Journal of Medical Genetics. Bart B, Neuropsychiatric Genetics: The Official Publication of the International Society of Psychiatric Genetics*, 147B 6 , 850-858.

Blum, N., John, D. S., Pfohl, B., Stuart, S., McCormick, B., Allen, J. J., … Black, D. W. 2008 . Systems training for emotional predictability and problem solving STEPPS for outpatients with borderline personality disorder: A randomized controlled trail and 1-year follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 165, 468-478.

Boardman, J. D., Saint Onge, J. M., Haberstick, B. C., Timberlake, D. S., Hewitt, J. K. 2008 . Do schools moderate the genetic determinants of smoking? *Behavioral Genetics*, 28, 234-246.

Bockhoven, J. 1963 . *Moral treatment in American psychiatry*. New York: Springer-Verlag.

Bockting, C. L. H., Schene, A. H., Spinhoven, P., Koeter, M. W. J., Wouters, L. F., Huyser, J., & Kamphuis, J. H. 2005 . Preventing relapse/recurrence in recurrent depression with cognitive therapy: A randomized controlled trail. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 647-657.

Boegels, S. M., & Zigterman, D. 2000 . Dysfunctional cognitions in children with social phobia, separation anxiety disorder, and generalized anxiety disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28, 205-211.

Bohne, A., Keuthen, N. J., Wilhelm, S., Deckersback, T., & Jenike, M. A. 2002 . Prevalence of symptoms of body dysmorphic disorder and its correlates: A cross-cultural comparison. *Psychosomatic*, 43, 486-490.

Bolton, P., Bass, J., Neugebauer, R., Verdeli, H., Clougherty, K. E, Wickramaratne, P., … Weissman, M. 2003 . Group interpersonal psychotherapy for depression in rural Uganda: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 289, 3117-3124.

Bolton, P., MacDonald, H., Pickles, A., Rios, P., Goode, S., Crowson, M., Bailey, A., & Rutter, M. 1994 . A case-control family history study of autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35, 877-900.

Bonanno, G. A. 2004 . Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*, 59, 20-28.

Bonanno, G. A., Wortman, C. B., Lehman, D. R., Tweed, R. G., Haring, M., Sonnega, J.,… Nesse, R. M. 2002 . Resilience to loss and chronic grief: A prospective study from preloss to 18-months postloss. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83, 1150-1164.

Bondy, B., Buettner, A., & Zill, P. 2006 . Genetics of suicide. *Molecular Psychiatry*, 11 4 , 336-351.

Bonta, J., Law, M., & Hanson, K. 1998 . The prediction of criminal and violent recidivism among mentally disordered offenders. *Psychological Bulletin*, 123, 123-142.

Bookheimer, S., & Burggren, A. 2009 . APOE-4 genotype and neurophysiological vulnerability to Alzheimer's and cognitive aging. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5, 343-362.

Boos, H. B., Aleman, A., Cahn, W., Hulshoff, H., & Kahn, R. S. 2007 . Brain volumes in relatives of patients with schizophrenia: A meta analysis. *Archives of General Psychiatry*, 64, 297-304.

Borch-Jacobsen, M. 1997, April 24 . Sybil: The Making of a Disease? An interview with Dr. Herbert Spiegel. *New York Review of Books*. NY, NY: New York Review of Books.

Borduin, C. M., Mann, B. J., Cone, L. T., Henggeler, S. W, Fucci, B. R., Blaske, D. M., & Williams, R. A. 1995 . Multisystemic treatment of serious juvenile offenders: Long-term prevention of criminality and violence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 569-578.

Borkovec,T. D., Alcaine, O. M., & Behar, E. 2004 . Clinical presentation and diagnostic features. In R. G. Heimberg, C. L. Turk, & D. S. Mennin Eds. , *Generalized anxiety disorder* pp. 77-108 . New York: Guilford.

Borkovec, T. D., & Newman, M. G. 1998 . Worry and generalized anxiety disorder. In P. Salkovskis Ed. , *Comprehensive clinical psychology*. Oxford: Elsevier.

Bomstein, R. E. 2003 . Behaviorally referenced experimentation and symptom validation: A paradigm for 21st-century personality disorder research. *Journal of Personality Disorders*, 17,1-18.

Boscarino, J. A. 2006 . Posttraumatic stress disorder and mortality among U.S. Army veterans 30 years after military service. *Annals of Epidemiology*, 16 4 , 248-256.

Bosquet, M., & Egeland, B. 2006 . The development and maintenance of anxiety symptoms from infancy through adolescence in a longitudinal sample. *Development and Psychopathology*, 18, 517-550.

Bouton, M. E., Mineka, S., & Barlow, D. H. 2001 . A modern learning theory perspective on the etiology of panic disorder. *Psychological Review*, 108, 4-32.

Bouton, M. E., & Waddell, J. 2007 . Some biobehavioral insights into persistent effects of emotional trauma. In L. J. Kirmayer, R. Lemelson, & M. Barad Eds. , *Understanding trauma*: *Integrating biological*, *clinical*, *and cultural perspectives* pp. 41-59 . New York, NY: Cambridge University Press.

Bowden, C. L., Lecrubier, Y., Bauer, M., Goodwin, G., Greil, W, Sachs, G., & von Knorring, L. 2000 . Maintenance therapies for classic and other forms of bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 59, S57-S67.

Bowers, W. A., & Ansher, L. S. 2008 . The effectiveness of cognitive behavioral therapy on changing eating disorder symptoms and psychopathy of 32 anorexia nervosa patients at hospital discharge and one year follow-up. *Annals of Clinical Psychiatry*, 20, 79-86.

Boyle, M. 1991 . *Schizophrenia*: *A scientific delusion*? New York: Routledge.

Bradley, L., & Bryant, P. E. 1985 . *Rhyme and reason in reading and spelling*. Ann Arbor: University of Michigan Press.

Bradley. R., Greene, J., Russ, E., Dutra, L., & Westen, D. 2005 . A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 162, 214-227.

Brakouslias, V., Starcevic, V., Sammut, P., Berle, D., Milicevice, D., Moses, K., & Hannan, A. 2011 . Obsessive-compulsive spectrum disorders: A comorbidity and family history perspective. *Australasian Psychiatry*: *Bulletin of Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*, 19 2 , 151-155.

Brandon, T. H., Collins, B. N., Juliano, L. M., & Lazev, A. B. 2000 . Preventing relapse among former smokers: A comparison of minimal interventions through telephone and mail. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 68, 103-113.

Brandon, T. H., Vidrine, J. I., & Litvin, E. B. 2007 . Relapse and relapse prevention. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 257-284.

Bransford, J. D., & Johnson, M. K. 1973 . Considerations of some problems of comprehension. In W. G. Chase Ed. , *Visual information processing*. New York: Academic Press.

Braswell, L., & Kendall, P. C. 1988 . Cognitive-behavioral methods with children. In K. S. Dobson Ed. , *Handbook of cognitive-behavioral therapies*. New York: Guilford.

Braun, J. M., Kahn, R. S., Froehlich, T., Auinger, P., & Lanphear, B. 2006 . Exposures to environmental toxicants and attention deficit hyperactivity disorder in U.S. children. *Environmental Health Perspectives*, 114, 1904-1909.

Brecher, E. M., & the Editors of Consumer Reports. 1972 . *Licit and illicit drugs*. Mount Vernon, NY: Consumers Union.

Bremner, J. D., Vythilingam, M., Vermetten, E., Southwick, S. M., McGlashan, T, Nazeer, A., et al. 2003 . MR1 and PET study of deficits in hippocampal structure and function in women with childhood sexual abuse and post-traumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 160, 924-932.

Brems, C. 1995 . Women and depression: A comprehensive analysis. In E. E. Beckham & W. Leber Eds. , *Handbook of depression* 2nd ed., pp. 539-566 . New York: Guilford.

Brennan, P. L., Schutte, K. K., & Moos, R. H. 1999 . Reciprocal relations between stressors and drinking behavior: A three-wave panel study of late middle-aged and older women and men. *Addiction*, 94, 737-749.

Breslau, J., Aguilar-Gaxiola, A., Kendler, K. S., Su, M., Williams, D., & Kessler, R. 2006 . Specifying race-ethnic differences in risk for psychiatric disorder in a USA national sample. *Psychological Medicine*, 36, 57-68.

Breslau, N., Brown, G. G., DelDotto, J. E., Kumar, S., Ezhuthachan, S., Andreski, P., & Hufnagle, K. G. 1996 . Psychiatric sequalae of low birth weight at 6 years of age. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24, 385-400.

Breslau, N., Chilcoat, H. D., Kessler, R. C., & Davis, G. C. 1999 . Previous exposure to trauma and PTSD effects of subsequent trauma: Results from the Detroit Area Survey of Trauma. *American Journal of Psychiatry*, 156, 902-907.

Breslau, N., Davis, G. C., & Andreski, P. 1995 . Risk factors for PTSD-related traumatic events : A prospective analysis. *American Journal of Psychiatry*, 152, 529-535.

Breslau, N., Lucia, V., & Alvarado, G. F. 2006 . Intelligence and other predisposing factors in exposure to trauma and posttraumatic stress disorder: A follow-up study at age 17 years. *Archives of General Psychiatry*, 63, 1238-1245.

Brestan, E. Y., & Eyberg, S. M. 1998 . Effective psychosocial treatment of conduct disordered children and adolescents: 29 years, 82 studies, and 5275 kids. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27, 180-189.

Breuer, J., & Freud, S. 1982 . *Studies in hysteria*. J. Strachey, Trans. and Ed., with the collaboration of A. Freud . New York: Basic Books. Original work published 1895.

Brewerton, T. D., Lydiard, B. R., Laraia, M. T., Shook, J. E., & Ballenger, J. C. 1992 . CSF Beta-endorphin and dynorphin in bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 149, 1086-1090.

Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentine, J. D. 2000 . Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 748-766.

Brewin, C. R., & Holmes, E. A. 2003 . Psychological theories of posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*, 23, 339-376.

Brewin, C. R., Kleiner, J. S., Vasterling, J. J., & Field, A. P. 2007 . Memory for emotionally neutral information in posttraumatic stress disorder: A meta-analysis investigation. *Journal of Abnormal Psychology*, 116, 448-463.

Brezo, J., Paris, J., & Turecki, G. 2006 . Personality traits as correlates of suicidal ideation, suicide attempts, and suicide completions: A systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113, 180-206.

Brickman, A. S., McManus, M., Grapentine, W. L., & Alessi, N. 1984 . Neuropsychological assessment of seriously delinquent adolescents. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 23, 453-457.

Bridge, J. A., Iyengar, S., Salary, C. B., et al. 2007 . Clinical response and risk for reported suicidal ideation and suicide attempts in pediatric antidepressant treatment: A meta-analysis of randomized controlled trails. *Journal of American Medical Association*, 297, 1683-1696.

Briere, J., Scott, C., & Weathers, F. 2005 . Peritraumatic and persistent dissociation in the presumed etiology of PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 162, 2295-2301.

Brody, A. L., Saxena, S., Stoessel, P., Gillies, L. A., Fairbanks, L. A., Alborzian, S., … Baxter, L. R., J. 2001 . Regional brain metabolic changes in patients with major depression treated with either paroxetine or interpersonal therapy: Preliminary findings. *Archives of General Psychiatry*, 58, 631-640.

Brookes, K., Mill, J., Guindalini, C., Curran, S., Xu, X., Knight, J., …Asherson, P. 2006 . A common haplo-type of the dopamine transporter gene associated with attention-deficit/hyperactivity disorder and interacting with maternal use of alcohol during pregnancy. *Archives of General Psychiatry*, 63, 74-81.

Brooks, M. 2004 . *Extreme measures*: *The dark visions and bright ideas of Francis Galton*. London: Bloomsbury.

Brooks, S., Prince, A., Stahl, D., Campbell, I. C., & Treasue, J. 2011 . A systematic review and meta-analysis of cognitive bias to food stimuli in people with disordered eating behaviour. *Clinical Psychology Review*, 31, 37-51.

Brown, A. S. 2011 . The environment and susceptibility to schizophrenia. *Progress in Neurobiology*, 93, 23-58.

Brown, A. S., Begg, M. D., Gravenstein, S., Schaefer, C. A., Wyatt, R. J., Bresnahan, M., … Susser, E. S. 2004 . Serologic evidence of prenatal

influenza in the etiology of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 61,774-780.

Brown, A. S., Bottiglier, T., Schaefer, C. A., Quesenberry, C. P., Jr, L., Bresnahan, M., & Susser, E. S. 2007 . Elevated prenatal homocysteine levels as a risk factor for schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 64, 31-39.

Brown, A. S., & Derkits, E. J. 2010 . Prenatal infections and schizophrenia: A review of epidemiologic and translated studies. *American Journal of Psychiatry*, 167, 261-280.

Brown, A. S., Schaefer, C. A,m Quesenberry, C. P., Jr., Liu, L., Babulas, V. P., & Susser, E. S. 2005 . Maternal exposure to toxoplasmosis and risk of schizophrenia in adult offspring. *American Journal of Psychiatry*, 162, 767-773.

Brown, D., Scheflin, A. W., & Whitfield, C. L. 1999 . Recovered memories: The current weight of the evidence in science and in the courts. *The Journal of Psychiatry and Law*, 27, 5-156.

Brown, G. K., Beck, A. T, Steer, R. A., & Grisham, J. R. 2000 . Risk factors for suicide in psychiatric outpatients: A 20-year prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 371-377.

Brown, G. K., Henriques, G. R., Ratto, C., & Beck, A. T. 2002 . *Cognitive therapy treatment manual for suicide attempters*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

Brown, G. K., Ten Have, T., Henriques, G. R., Xie, S. X., Hollander, J. E., & Beck, A. T. 2005 . Cognitive therapy for the prevention of suicide attempts. *The Journal of the American Medical Association*, 294, 563-570.

Brown, G.W., & Andrews, B. 1986 . Social support and depression. In R. Trumbull & M. H. Appley Eds. , *Dynamics of stress*: *Physiological*, *psychological*, *and social perspectives*, pp. 257-282 . New York: Plenum.

Brown, G. W., Bone, M., Dalison, B., & Wing, J. K. 1966 . *Schizophrenia and social care*. London: Oxford University Press.

Brown, G. W., & Harris, T. O. 1978 . *The Bedford College life-events and difficulty schedule*: *directory of contextual threat of events*. London: Bedford College, University of London.

Brown, G. W., & Harris, T. O. 1989a . Depression. In Tirril O. Ham's and George W Brown Eds. , *Life events and illness* pp. 49-93 . New York: Guilford.

Brown, G. W., & Harris, T. O. 1989b . *Life events and illness*. New York: Guilford.

Brown, R. J., Cardena, E., Nijenhuis, E., Sar, V., & Van Der Hart, O. 2007 . Should conversion disorder be reclassified as dissociative disorder in DSM-5? *Psychosomatics*, 48 5 , 369-378.

Brown, S. A., Vik, P. W., McQuaid, J. R., Patterson, T. L., Irwin, M. R., et al. 1990 . Severity of psychosocial stress and outcome of alcoholism treatment. *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 344-348.

Brown, T. A. 2007 . Temporal course and structural relationships among dimensions of temperament and DSM-IV anxiety and mood disorder constructs. *Journal of Abnormal Psychology*, 116 2 , 313-328.

Brown, T. A., Campbell, L. A., Lehman, C. L., Grisham, J. R., & Mancill, R. B. 2001 . Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 585-599.

Brownell, K. D., & Horgen, K. B. 2003 . *Food fight: The inside story of the food industry, America's obesity crisis, and what we can do about it*. Chicago, 1L: Contemporary Books.

Bruce, M. L., Ten Have, T. R., Reynolds III, C. F, Katz, I. L., Schulberg, H. C., Mulsant, B. H., … Alexopoulos, G. S. 2004 . Reducing suicidal ideation and depressive symptoms in depressed older primary care patients. *JAMA*, 291, 1081-1091.

Brugha, T. S., & Cragg, D. 1990 . The list of threatening experiences: the reliability and validity of a brief life events questionnaire. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 82, 77-81.

Bryant, R. A., Creamer, M., ois Donnell, M. L., Silove, D., & McFarlane, A. C. 2008 . A multisite study of the capacity of acute stress disorder diagnosis to predict posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69 6 , 923-929.

Bryant, R. A., Mastrodomentico, J., Felmingham, K. L., Hopwood, S., Kenny, L., Kandris, E., … Creamer, M. 2008 . Treatment of acute stress disorder: A randomized controlled trail. *Archives of General Psychiatry*, 65, 659-667.

Bryant, R. A., Sackville, T., Dang, S. T., Moulds, M., & Guthrie, R. 1999 . Treating acute stress disorder: An evaluation of cognitive behavior therapy and supporting counseling techniques. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1780-1786.

Buchanan, J. A., Christenson, A., Houlihan, D., & Ostrom, C. 2011 . The role of behavior analysis in the rehabilitation of persons with dementia. *Behavior Therapy*, 42 1 , 9-21.

Buchanan, R. W., Vladar, K., Barta, P E., & Pearlson, G. D. 1998 . Structural evaluation of the prefrontal cortex in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 155, 1049-1055.

Buchsbaum, M. S., Kessler, R., King, A., Johnson, J., & Cappelletti, J. 1984 . Simultaneous cerebral glucography with positron emission tomography and topographic electroencephalography. In G. Pfurtscheller, E. J. Jonkman, & F.

H. L. de Silva Eds. , *Brain ischemia: Quantitative EEG and imaging techniques*. Amsterdam: Elsevier.

Budney, A. J., Moore, B. A., Rocha, H. L., & Higgens, S. T. 2006 . Clinical trail of abstinence-based vouchers and cognitive behavior therapy for cannabis dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 307-316.

Bulik, C. M., & Reichborn-Kjennerud, T. 2003 . Medical morbidity in binge eating disorder. Published online in Wiley InterScience http://www.interscience. wiley.com .

Bulik, C. M., Sullivan, P. E, Wade, T. D., & Kendler, K. S. 2000 . Twin studies of eating disorders: A review. *International Journal of Eating Disorders*, 27, 1-20.

Bulik, C. M., Wade, T. D., & Kendler, K. S. 2000 . Characteristics of monozygotic twins discordant for bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 29, 1-10.

Bullers, S., Cooper, M. L., & Russell, M. 2001 . Social network drinking and adult alcohol involvement: A longitudinal exploration of the direction of influence. *Addictive Behaviors*, 26, 181-199.

Burke, B. L., Arkowitz, H., & Menchola, M. 2003 . The efficacy of motivational interviewing: A meta-analysis of controlled clinical trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 843-861.

Burne, S. M., & McLean, N. J. 2002 . The cognitive-behavioral model of bulimia nervosa: A direct evaluation. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 17-31.

Burris, K. D., Molski T. E., Xu, C., Ryan, E., Tottori, K., Kikuchi, T., … Molinoff, P. B. 2002 . Aripiprazole, a novel antipsychotic, is a high-affinity partial agonist at human dopamine D2 receptors. *Journal of Pharmacology and Experimental Therapies*, 302, 381-389.

Burt, S. A. 2009 . Are there meaningful etiological differences within antisocial behavior? Results of a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 29 2 , 163-178.

Burt, S. A., & Donnellan, M. B. 2009 . Development and validation of the Subtypes of Antisocial Behavior Questionnaire. *Aggressive Behavior*, 35 5 , 376-398.

Bushman, B. J., & Cooper, H. M. 1990 . Effects of alcohol on human aggression: An integrative research review. *Psychological Bulletin*, 107, 341-354.

Bustillo, J. R., Lauriello, J., Horan, W. P., & Keith, S. J. 2001 . The psychosocial treatment of schizophrenia: An update. *American Journal of Psychiatry*, J 58, 163-175.

Butcher, J. N., Dahlstrom, W. G., Graham, J. R., Tellegen, A., & Kraemer, B. 1989 . *Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2: Manual for administration and scoring*. Minneapolis: University of Minnesota Press.

Butler, L. D., Duran, R. E. E, Jasiukaitis, P, Koopman, C., & Spiegel, D. 1996 . Hypnotizability and traumatic experience: A diathesis-stress model of dissociative symptomatology. *American Journal of Psychiatry*, 153, 42-63.

Butzlaff, R. L., & Hooley, J. M. 1998 . Expressed emotion and psychiatric relapse: A meta-analysis. *Archives of General Psychiatry*, 55, 547-553.

Cadoret, R. J., Yates, W. R., Troughton, E., Woodworth, G., & Stewart, M. A. 1995a . Adoption study demonstrating two genetic pathways to drug abuse. *Archives of General Psychiatry*, 52, 42-52.

Cahill, K., Stead, L., & Lancaster, T. 2007 . Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. *Cochrane Database Systematic Reviews*, CD006103.

Caldwell, M. B., Brownell, K. D., & Wilfley, D. 1997 . Relationship of weight, body dissatisfaction, and self-esteem in African American and white female dieters. *International Journal of Eating Disorders*, 22, 127-130.

Calhoun, V. D., Pekar, J. J., & Pearlson, G. D. 2004 . Alcohol intoxication effects on simulated driving: Exploring alcohol-dose effects on brain activation using functional MR1. *Neuropsychopharmacology*, 29, 2197-2107.

Calvin, C. M., Deary, I. J., Fenton, C., Roberts, B. A., Der, G., Leckenby, N., et al., 2010 . Intelligence in youth and all-cause-mortality: Systematic review with metal-analysis. *International Journal of Epidemiology*, 40, 626-644.

Calvo, R., Lazaro, L., Castro-Fornieles, J., Font. E., Moreno, E., & Toro, J. 2009 . Obsessive-compulsive personality disorder traits and personality dimensions in parents of children with Obsessive-compulsive disorder. *European Psychiatry*, 24 3 , 201-206.

Cami, J., & Farre, M. 2003 . Drug addiction. *New England Journal of Medicine*, 349, 975-986.

Campbell, J., Stefan, S., & Loder, A. 1994 . Putting violence in context. *Hospital and Community Psychiatry*, 45, 633.

Campbell, M., Armenteros, J. L., Malone, R. P., Adams, P. B., Eisenberg, Z. W., & Overall, J. E. 1997 . Neuroleptic-related dyskinesias in autistic children: A prospective, longitudinal study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 835-843.

Campbell, W.K., Bosson, J.K., Goheen, T.W., Lakey, C.E., & Kernis, M.H. 2007 . Do narcissists dislike themselves “deep down inside”? *Psychological Science*, 18, 227-229.

Camus, V, Burtin, B., Simeone,I., et al. 2000 . Factor analysis supports the evidence of existing hyperactive and hypoactive subtypes of delirium. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 15, 313-316.

Canivez, G. L., & Watkins, M. W. 1998 . Long-term stability of the Wechsler Intelligence Scale for Children 3rd ed. . *Psychological Assessment*, 10, 285-291.

Cannon, T. D., Cadenhead, K., Cornblatt, B., Woods, S. W., Addington, J., Walker, E., … Heinseen, R. 2008 . Prediction of psychosis in youth at high clinical risk: A multisite longitudinal study in North America. *Archives of General Psychiatry*, 65, 28-37.

Cannon, T. D., Kaprio, J., Lonnqvist, J., Huttunen, M., & Koskenvuo, M. 1998 . The genetic epidemiology of schizophrenia in a Finnish twin cohort: A population-based modeling study. *Archives of General Psychiatry*, 55, 67-74.

Cannon, T. D., & Mednick, S. A. 1993 . The schizophrenia high-risk project in Copenhagen: Three decades of progress. *Acta Psychiatrica Scandanavica*, 33-47.

Cannon, T. D., Mednick, S. A., & Parnas, J. 1990 . Antecedents of predominantly negative and predominantly positive-symptom schizophrenia in a high-risk population. *Archives of General Psychiatry*, 47, 622-632.

Cannon, T. D., van Erp, T. G., Rosso, I. M., et al. 2002 . Fetal hypoxia and structural brain abnormalities in schizophrenic patients, their siblings, and controls. *Archives of General Psychiatry*, 59, 35-42.

Capaldi, D. M., & Patterson, G. R. 1994 . Interrelated influences of contextual factors on antisocial behavior in childhood and adolescence for males. In D. C. Fowles, P. Sulker, & S. H. Goodman Eds. , *Progress in experimental personality and psychopathology research* pp. 165-198 . New York: Springer-Verlag.

Capps, L., Losh, M., & Thurber, C. 2000 . "The frog ate the bug and made his mouth sad": Narrative competence in children with autism. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28, 193-204.

Capps, L., Rasco, L., Losh, M., & Heerey, E. 1999, April . *Understanding of self-conscious emotions in high-Functioning children with autism*. Paper presented at the Biennial Meeting of the Society for Research In Child Development. Albuquerque, NM.

Capps, L., Yirmiya, N., & Sigman, M, 1992 . Understanding of simple and complex emotion in high-functioning children with autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 33, 1169-1182.

Capron, A. M. 1999 . Ethical and human rights issues in research on mental disorders that may affect decision-making capacity. *The New England Journal of Medicine*, 340, 1430-1434.

CAPT. 2000 . Prisons: The nation's new mental institutions. *Outreach*. Online at http://wwwpsych-health. com/mental8. htm.

Cardno, A. G., Marshall, E. J., Coid, B., Macdonald, A. M., Ribchester, T. R., et al. 1999 . Heritability estimates for psychotic disorders: The Maudsley Twin Psychosis Series. *Archives of General Psychiatry*, 56, 162-170.

Carey, B. 2011, June23 . Expert on mental illness reveals her own fight. *New York Times*, pA1.

Carey, K. B., Carey, M. P., Maisto, S. A., & Henson, J. M. 2006 . Brief motivational interventions for heavy college drinkers: A randomized controlled trail. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 943-954.

Carlson, G. A., & Meyer, S. E. 2006 . Phenomenology and diagnosis of bipolar disorder in children, adolescents, and adults: Complexities and developmental issues. *Development and Psychopathology*, 18, 939-969.

Carlsson, A., Hanson, L. O., Waters, N., & Carlsson, M. L. 1999 . A glutamatergic defiency model of schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 174, 2-6.

Carney, R. M., Blumental, J. A., Freedland, K. E., Youngblood, M., Veith, R. C., Burg, M. M., … Jaffe, A. S. 2004 . Depression and late morality after myocardial infarction in the Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease ENRICHD Study. *Psychological Medicine*, 66, 466-474.

Carpenter, W. T., Gold, J. M., Lahti, A. C., Queern, C. A., Conley, R. R., Bartko, J. J., … Appelbaum, P. S. 2000 . Decisional capacity for informed consent in schizophrenia research. *Archives of General Psychiatry*, 57, 33-538.

Carpenter, W. T., & van Os, J. 2011 . Should attenuated psychosis syndrome be a DSM-5 diagnosis? *American Journal of Psychiatry*, 168, 460-463.

Carpentieri, S. C., & Morgan, S. B. 1994 . Brief report: A comparison of patterns of cognitive functioning of autistic and nonautistic retarded children on the Stanford-Binet I 4th ed. . *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 4, 215-223.

Carr, A. T. 1971 . Compulsive neurosis: Two psychophysiological studies. *Bulletin of the British Psychological Society*, 24, 256-257.

Carr, D. 2008 . *The night of the gun*: *A reporter investigates the darkest story of his life*. *His own*. New York: Simon & Schuster Adult Publishing Group,

Carr, E. G., Levin, L., McConnachie, G., Carlson, J. 1., Kemp, D. C., & Smith, C. E, 1994 . *Communication-based intervention for problem behavior*. Baltimore: Paul H. Brookes.

Carr, R. E. 1998 . Panic disorder and asthma: Causes, effects, and research implications. *Journal of Psychosomatic Research*, 44, 43-52.

Carr, R. E. 1999 . Panic disorder and asthma. *Journal of Asthma*, 36, 143-152.

Carrasco, J. L., Dyaz-Marsa, M., Hollander, E., Cesar, J., & Saiz-Ruiz, J. 2000 . Decreased monoamine oxidase activity in female bulimia. *European Neuropsychopharmacology*, JO, 113-117.

Carroll, K. M., Ball, S. A., Nich, C., et al. 2001 . Targeting behavioral therapies to enhance naltrexone treatment of opioid dependence: Efficacy of contingency management and significant other involvement. *Archives of General Psychiatry*, 58, 755-761.

Carroll, K. M., Easton, C. J., Nich, C., Hunkele, K. A., Neavins, T. M., et al., 2006 . The use of contingency management and motivational/skills-building therapy

to treat young adults with marijuana dependence. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 74, 955-966.

Carroll, K. M., Rounsaville, B. J., Gordon, L. T., Nich, C., Jatlow, P., Bisighini, R. M., & Gawin, E. H. 1994 . Psychotherapy and pharmacotherapy for ambulatory cocaine abusers. *Archives of General Psychiatry*, 51, 177-187.

Carroll, K. M., Rounsaville, B. J., Nich, C., Gordon, L. T., & Gawin, E. 1995 . Integrating psychotherapy and pharmacotherapy for cocaine dependence: Results from a randomized clinical trial. In L. S. Onken, J. D. Blaine, & J. J. Boren Eds. , *Integrating behavioral therapies with medications in the treatment of drug dependence* pp. 19-36 , Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.

Carstensen, L. L. 1996 . Evidence for a life-span theory of socioemotional selectivity. *Crurent Directions in Psychological Science*, 4, 151-156.

Carter, F. A., Mclntosh, V. V. W., Joyce, P. R., Sullivan, P. E., & Bulik, C. M. 2003 . Role of exposure with response prevention in cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa: Three-year follow-up results. *International Journal of Eating Disorders*, 33, 127-135.

Carvalheira, A. A., Brotto, L. A., & Leal, I. 2010 . Women's motivations for sex: Exploring the diagnostic and statistical Manual, fourth edition, text revision criteria for hypoactive sexual desire and female sexual arousal disorders. *Journal of Sexual Medicine*, 7 4, pt1 , 1454-1463.

Carvalho, J., & Nobre, P. 2010 . Biopsychosocial determinants of men's sexual desire: Testing an integrative model. *Journal of Sexual Medicine*, 8, 754-763.

Carver, C. S., Johnson, S. L., & Joormann, J. 2008 . Serotonergic function, two-mode models of self-regulation, and vulnerability to depression: What depression has in common with impulsive aggression. *Psychological Bulletin*, 134, 912-943.

Caselli, R. J., & Yaari, R. 2008 . Medical management of frontemporal dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 22 6 , 489-498.

Casey, B. J., & Durston, S. 2006 . From behavior to cognition to the brain and back: What have we learned from functional imaging studies of attention deficit hyperactivity disorder? *American Journal of Psychiatry*, 163, 957-960.

Casey, J. E., Rourke, B. P., & Del Dotto, J. E. 1996 . Learning disabilities in children with attention deficit disorder with and without hyperactivity. *Child Neuropsychology*, 2, 83-98.

Caspi, A., & Moffitt, T. E. 2006 . Gene-environment interactions in psychiatry: Joining forces with neuroscience. *Nature Reviews Neuroscience*, 7, 583-590.

Caspi, A., Hariri, A., Holmes, A., Uher, R., & Moffitt, T. E. 2010 . Generic sensitivity to the environment: The case of the serotonin transporter gene and its

its implications for studying complex diseases and traits. *American Journal of Psychiatry*, 167, 509-527.

Caspi, A. , McClay, J., Moffiu, T. E., Mill, J., Martin, J., Craig, I. W, … Poulton, R. 2002 . Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children. *Science*, 297, 851-854.

Caspi, A. , Moffiu, T. E., Cannon, M., McClary, J., Murrary, R., Harrington, H., … Craig, I. W. 2005 . Moderation of the effect of adolescent-onset cannabis use on adult psychosis by a functional polymorphism in the catechol-O-methyltransferase gene: Longitudinal evidence of a gene-environment interaction. *Biological Psychiatry*, 57, 1117-1127.

Caspi, A., Sugden, K., Moffitt, T. E., Taylor, A., Craig, I. W., Harrington, H., et al. 2003 . Influence of life stress on depression: Moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science*, 301, 386-389.

Castellanos, F. X., Lee, P. P., Sharp, W., Jeffries, N. O., Greenstein, D. K., et al. 2002 . Developmental trajectories of brain volume abnormalities in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Medical Association*, 288, 1740-1748.

Castellanos, F. X., Marvasti, F. E, Ducharme, J. L., Walter, J. M., Israel, M. E., Krain, A., … Hommer, D. W. 2000 . Executive function oculomotor tasks in girls with ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 644-650.

Castelli, E., Frith, C., Happe, F., & Frith, U. 2002 . Autism, Asperger syndrome and brain mechanisms for the attribution of mental states to animated shapes. *Brain*, 125, 1839-1849.

Castlls, X., Casas, M., Vidal, X., Bosch, R., Roncero, C., Ramos-Quiroga, J. A., et al., 2007 . Efficacy of CNS stimulant treatment for cocaine dependence. A systematic review and meta-analysis of randomized controlled clinical trails. *Addiction*, 102, 1871-1887.

Celebucki, C. C., Wayne, G. E, Connolly, G. N., Pankow, J. E, & Chang, E. I. 2005 . Characterization of measured menthol in 48 U.S. cigarette sub-brands. *Nicotine & Tobacco Research*, 7, 523-531.

Centers for Disease Control and Prevention. 2006 . Homicides and suicides – National violent death reporting system, United States, 2003-2004. *American Journal of Medicine*, 296, 506-510.

Centers for Disease Control and Prevention CDC . 2009a . Prevalence of autism spectrum disorders – Autism and developmental disabilities monitoring networks, 2006. *MMWR*, 58, 1-20.

Centers for Disease Control and Prevention. 2009b . *Sexually transmitted disease surveillance, 2008*. Atlanta, GA: Author.

Cerny, J. A., Barlow, D. H., Craske, M. G., & Himadi, W. G. 1987 . Couples treatment of agoraphobia: A two-year follow-up. *Behavior Therapy*, 18, 401-415.

CEWG 2003 . *Epidemiologic trends in drug abuse* Volume 1, June 2003 . National Institute of Drug Abuse.

Chabrol, H., Peresson, G., Milberger, S., Biederrnan, J., & Earaone, S. V 1997 . ADHD and maternal smoking during pregnancy. *American Journal of Psychiatry*, J54, 1177-1178.

Chaffin, M., Silovsky, J. F., & Vaughn, C. 2005 . Temporal concordance of anxiety disorders and child sexual abuse: Implications for direct versus artifactual effects of sexual abuse. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34, 210-222.

Chambers, R. A., Taylor, J. R., & Potenza, M. N. 2003 . Developmental neurocircuitry of motivation in adolescence A critical period of addiction vulnerability. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1041-1052.

Chambless, D. L., Caputo, G. C., Bright, P., & Gallagher, R. 1984 . Assessment of fear in agoraphobics: The body sensations questionnaire and the agoraphobic cognitions questionnaire. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52 6 , 1090-1097.

Chambless, D. L., & Ollendick, T. H. 2001 . Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685-716.

Chang, L., Cloak, C. C., & Ernsl, T. 2003 . Magnetic resonance spectroscopy studies of GABA in neuropsychiatric disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64 Suppl. 3 , 7-14.

Chang, S. M., Hahm, B., Lee, J., Shin, M. S., Jeon, H. J., Hong, J., … Cho, M. J. 2008 . Cross-national difference in the prevalence of depression caused by the diagnostic threshold. *Journal of Affective Disorders*, 106, 159-167.

Chard, K. M. 2005 . An evaluation of cognitive processing therapy for the treatment of posttraumatic stress disorder related to childhood sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 965-971.

Charuvastra, A., & Cloitt, M. 2008 . Social bonds and posttraumatic stress disorder. *Annual Review of Psychology*, 59, 301-328.

Chase, A. 1980 . *The legacy of Malthus*. Urbana, IL: University of Illinois Press.

Chassin, L., Curran, P. J., Hussong, A. M., & Colder, C. R. 1996 . The relation of parent alcoholism to adolescent substance abuse: A longitudinal follow-up. *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 70-80.

Chassin, L., Pitts, S. C, DeLucia, C., & Todd, M. 1999 . A longitudinal study of children of alcoholics: Predicting young adult substance use disorders, anxiety, and depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 106-119.

Chavira, D. A., Stein, M. B., & Malcarne, V. L. 2002 . Scrutinizing the relationship between shyness and social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 16, 585-598.

Chen, S., Boucher, H. C., & Parker, M. 2006 . The relational self revealed : Integrative conceptualization and implications for interpersonal life. *Psychological Bulletin*, 132, 151-179.

Chiariello, M. A., & Orvaschel, H. 1995 . Patterns of parent-child communication: Relationship to depression. *Clinical Psychology Review*, 15, 395-407.

Chorpita, B. F., Brown, T. A., & Barlow, D. H. 1998 . Perceived control as a mediator of family environment in etiological models of childhood anxiety. *Behavior Therapy*, 29, 457-476.

Chorpita, B. F., Vitali, A. E., & Barlow, D. H. 1997 . Behavioral treatment of choking phobia in an adolescent: An experimental analysis. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 28, 307-315.

Choy, Y., Fyer, A., & Lipsitz, J. D. 2007 . Treatment off specific phobia in adults. *Clinical Psychology Review*, 27, 266-289.

Christakis, N., & Fowler, J. 2008 . The collective dynamics of smoking in a large social network. *New England Journal of Medicine*, 358, 2249-2258.

Chronis, A. M., Jones, H. A., & Raggi, V. L. 2006 . Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clinical Psychology Review*, 26, 486-502.

Chu, J. A., Frey, L. M., Ganzel, B. L., & Matthews, J. A. 2000 . Memories of childhood abuse: Dissociation, amnesia, and corroboration. *American Journal of Psychiatry*, 156,749-755.

Chua, S. T., & McKenna, P. T. 1995 . Schizophrenia - a brain disease? *British Journal of Psychiatry*, 166, 563-582.

Chung, J. C. C., & Lai, C. K. Y. 2009 . Snoezelen for dementia. *Cochrane Database of Systematic Review* 4 , CD003152.

Cimbora, D. M., & Mclntosh, D. N. 2003 . Emotional responses to antisocial acts in adolescent males with conduct disorder: A link to affective morality. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 32, 296-301.

Cinciripini, P. M., Lapitsky, L. G., Wallnsch, A., Mace, R., Nezami, E., & Van Vunakis, H. 1994 . An evaluation of a multicomponent treatment program involving scheduled smoking and relapse prevention procedures: Initial findings. *Addictive Behaviors*, 19, 13-22.

Cipriani, A., Pretty, H., Hawton, K., & Geddes, J. R. 2005 . Lithium in the prevention of suicidal behavior and all-cause mortality in patients with mood disorders: A systematic review of randomized trails. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1805-1819.

Clark, D. A. 1997 . Twenty years of cognitive assessment: Current status and future directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 996-1000.

Clark, D. M. 1996 . Panic disorders: From theory to therapy. In P. M. Salkovskis Ed. , *Frontiers of cognitive therapy* pp. 318-344 . New York: Guilford.

Clark, D. M., Ehlers, A., Hackmann, A., McManus, F., Fennell, M., Grey, N., … Wild, J. 2006 . Cognitive therapy versus exposure and applied relaxation in social phobia: A randomized controlled trail. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 568-578.

Clark, D. M., Ehlers, A., McManus, E, Hackmann, A., Fennell, M., Campbell, H., … Louis, B. 2003 . Cognitive therapy versus fluoxetine in generalized social phobia: A randomized control trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 1058-1067.

Clark, D. M., Salkovskis, E M., Hackmann, A., Wells, A., Ludgate, J., & Gelder, M. 1999 . Brief cognitive therapy for panic disorder: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 583-589.

Clark, D. M., & Wells, A. 1995 . A cognitive model of social phobia. In R. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope, & E R. Schneier Eds. , *Social phobia*: *Diagnosis*, *assessment and treatment*, pp. 69-93 . New York: Guilford.

Clark, L. A., & Livesley, W. J. 2002 . Two approaches to identifying the dimensions of personality disorder: Convergence on the five-factor model. In T. A. Widiger, & P. T. J. Costa Eds. , *Personality disorders and the five-factor model of personality* pp.161-176 . Washington, DC: American Psychological Association.

Clarkin, J. F., Levy, K. N., Lenzenweger, M. F., & Kernberg, O. F. 2007 . Evaluating three treatment for borderline personality disorder: A multiwave study. *American Journal of Psychiatry*, 164, 922-928.

Classen, C., Koopman, C., Hales, R., & Spiegel, D. 1998 . Acute stress disorder as a predictor of posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 155, 620-624.

Clayton, R. R., Catterello, A., & Walden, K. E. 1991 . Sensation seeking as a potential mediating variable for school-based prevention intervention: A two-year follow-up of DARE. *Health Communication*, 3, 229-239.

Cleckley, H. 1976 . *The mask of sanity* 5th ed. . St. Louis: Mosby.

Cloninger, R. C., Martin, R. L, Guze, S. B., & Clayton, P L. 1986 . A prospective follow-up and family study of somatization in men and women. *American Journal of Psychiatry*, 143, 713-714.

Cloud, J. 1999, June 7 . Mental health reform: What it would really take. *Time Magazine*, 54-56.

Cohen, H. W., Gibson, G., & Alderman, M. H. 2000 . Excess risk of myocardial infarction in patients treated with antidepressant medication: Association with use of tricyclic agents. *American Journal of Medicine*, 108, 2-8.

Cohen, P. 2008. February 21 . Midlife suicide rise, puzzling researchers. *New York Times*, pp. 1-4.

Cohen, P., Cohen, J., Kasen, S., et al. 1993 . An epidemiological study of disorders in late childhood and adolescence: I, Age and gender-specific prevalence. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 34, 851-867.

Cohen, R. M., Nordahl, T. E., Semple, W. E., Andreason, P., et al. 1997 . The brain metabolic patterns of clozapine and fluphenazine-treated patients with schizophrenia during a continous performance task. *Archives of General Psychiatry*, 54, 481-486.

Cohen, S., Frank, E., Doyle, W J., Rabin, B. S., et al. 1998 . Types of stressors that increase susceptibility to the common cold in healthy adults. *Health Psychology*, 17, 2H-223.

Coie, J. D., & Dodge, K. A. 1998 . Aggression and antisocial behavior. In W. Damon Series Ed. & N. Eisenberg Vol. Ed. , Handbook of child psychology: Vol. 3. *Social emotional and personality development* pp.779-862 . New York: John Wiley & Sons.

Cole, D. A., Ciesla, J. A., Dallaire, D. H., et al., 2008 . Emergence of attributional style and its relations to depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 117, 16-31.

Cole, D. A., Martin, J. M., Peeke, L. G., Seroczynski, A. D., & Hoffman, K. 1998 . Are cognitive errors of underestimation predictive or reflective of depressive symptoms in children: A longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 481-496.

Cole, D. A., Martin, J. M., Powers, B., & Truglio, R. 1990 . Modeling causal relations between academic and social competence and depression: A multitrait-multimethod longitudinal study of children. *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 258-270.

Cole, M. G. 2004 . Delirium in elderly patients. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 12, 7-21.

Colom, E., Vieta, E., Reinares, M., Martinez-Aran, A., Torrent, C., Goikolea, J. M., & Gasto, C. 2003 . Psychoeducation efficacy in bipolar patients: Beyond compliance enhancement. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64 9 , 1101-1105.

Colombo, C., Benedetti, F., Barbini, B., Campori, E., & Smeraldi, E. 1999 . Rate of switch from depression into manic after therapeutic sleep deprivation in bipolar depression. *Psychiatry Research*, 86, 267-270.

Comer, S. D., Hart, C. L., Ward, A. S., Haney, M., Foltin, R. W., & Fischman, M. W. 2001 . Effects of repeated oral methamphetamine administration in humans. *Psychopharmacology*, 155, 397-404.

Compas, B. E., Haaga, D. A. E, Keefe, E J., Leitenberg, H., & Williams, D. A. 1998 . Sampling of empirically supported psychological treatments from

health psychology: Smoking, chronic pain, cancer, and bulimia nervosa. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 89-112.

Compton, D. R., Dewey, W L., & Martin, B. R. 1990 . Cannabis dependence and tolerance production. *Advances in Alcohol and Substance Abuse*, 9, 129-147.

Compton, S. N., March, J. M., Brent, D., Albano, A. M., Weersing, R., & Curry, J. 2004 . Cognitive-behavioral psychotherapy for anxiety and depressive disorders in children and adolescents: An evidence-based medicine review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 930-959.

Conceicao do Rosario-Campos, M., Leckman, J. E, Mer-cadante, M. T, et al. 2001 . Adults with early-onset obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1899-1903.

Conley, R. R., Love, R. C, Kelly, D. L., & Bartko, J. J. 1999 . Rehospitalization rates of patients recently discharged on a regimen of risperidone or clozapine. *American Journal of Psychiatry*, 156, 863-868.

Conley, R. R., & Mahmoud, R. 2001 . A randomized double-blind study of risperidone and olanzapine in the treatment of schizophrenia or schizoaffective disorder. *American Journal of Psychiatry*, 158, 765-774.

Connelly, B. S., & Ones, D. S. 2010 . Another perspective on personality: Meta-analytic integration of observers' accuracy and predictive validity. *Psychological Bulletin*, 136, 1092-1122.

Constantino, J. N., Zhang, Z., Frazier, T., Abbachi, A. M., & Law, P. 2010 . Sibling recurrence and the genetic epidemiology of autism. *American Journal of Psychiatry*, 167, 1349-1356.

Cook, M., & Mineka, S. 1989 . Observational conditioning of fear to fear-relevant versus fear-irrelevant stimuli in rhesus monkeys, *Journal of Abnormal Psychology*, 98, 448-459.

Cookson, W. O. C. M., & Moffatt, M. F. 1997 . Asthma: An epidemic in the absence of infection? *Science*, 275, 41-42.

Cookson, W. O. C. M., & Moffatt, M. F. 2000 . Genetics of asthma and allergic disease. *Human Molecular Genetics*, 9, 2359-2364.

Coons, P. M., & Bowman, E. S. 2001 . Ten-year follow-up study of patients with dissociative identity disorder. *Journal of Trauma and Dissociation*, 2, 73-89.

Cooper, M. L., Frone, M. R., Russell, M., & Mudar, P. 1995 . Drinking to regulate positive and negative emotion: A motivational model of alcoholism. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 961-974.

Copolov, D. L., Mackinnon, A., & Trauer, T. 2004 . Correlates of the affective impact of auditory hallucinations in psychotic disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 30, 163-171.

Cornblatt, B., & Erlenmeyer-Kimling, L. E. 1985 . Global attentional deviance in children at risk for schizophrenia: Specificity and predictive validity. *Journal of Abnormal Psychology*, 94, 470-486.

Corrigan, P. W., & Watson, A. C. 2005 . Findings from the National Comorbidity Survey on the frequency of violent behavior in individuals with psychiatric disorders. *Psychiatry Research*, 136, 153-162.

Corrigan, P. W., Watson, A. C., Heyrman, J. D., Warpinski, A., Gracia, G., Slopen, N., & Hall, L. L. 2005 . Structural stigma in state legislatures. *Psychiatric Services*, 56, 557-563.

Coryell, W., & Schlesser, M. 2001 . The dexamethasone suppression test and suicide prevention. *Archives of General Psychiatry*, 158, 748-753.

Costa, P. T., Metter, E. J., & McCrae, R. R. 1994 . Personality stability and its contribution to successful aging. *Journal of Geriatric Psychiatry*, 27, 41-59.

Costello, E. J., Costello, A. J., Edelbrock, C., Burns, B. J., Dulcan, M. K., Brent, D., & Janiszewski, S. 1988 . Psychiatric disorders in pediatric primary care. *Archives of General Psychiatry*, 45, 1107-1116.

Costello, E. J., Erkanli, A., & Angold, A. 2006 . Is there an epidemic of child or adolescent depression? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 1263-1271.

Cott, C. A., Dawson, P., Sidani, S., & Wells, D. 2002 . The effects of a walking/talking program on communication, ambulation and functional status in residents with Alzheimer disease. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 16, 81-87.

Courchesne, E, 2004 . Brain development in autism: Early overgrowth followed by premature arrests of growth. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 10, 106-111.

Courchesne, E., Carnes, B. S., & Davis, H. R. 2001 . Unusual brain growth patterns in early life in patients with autistic disorder: An MRI study. *Neurology*, 57, 245-254.

Courchesne, E., Carper, R., & Akshoomoff, N. 2003 . Evidence of brain overgrowth in the first year of life in autism. *JAMA*, 290, 337-344.

Cox, B. J., Clara, I. E, & Enns, M. W. 2002 . Posttraumatic stress disorder and the structure of common mental disorders. *Depression and Anxiety*, 15, 168-171.

Coyne, J. C. 1976 . Depression and the response of others. *Journal of Abnormal Psychology*, 85, 186-193.

Coyne, J. C. 1994 . Self-reported distress: Analog or ersatz depression? *Psychological Bulletin*, 116, 29-45.

Craske, M. G., & Barlow, D. H. 2001 . Panic disorder and agoraphobia. In D. H. Barlow Ed. , *Clinical handbook of psychological disorders* pp. 1-59 . New York: Guilford.

Craske, M. G., Kircanski, K., Epstein, A., Wittchen, H. U., Pine, D. S., Lewis-Fernandez, R., & Hinton, D. 2010 . Panic disorder: A review of DSM-IV panic disorder and proposals for DSM-V. *Depression and Anxiety*, 27 2 , 93-112.

Craske, M. G., Kircanski, K., Zelikowsky, M., Mystkowski, J., Chowdhury, N., & Baker, A. 2008 . *Optimizing inhibitory and therapy*, 46 1 , 5-27.

Craske, M. G., Maidenberg, E., & Bystritsky, A. 1995 . Brief cognitive-behavioral versus nondirective therapy for panic disorder. *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry*, 26,113-120.

Craske, M. G., & Mystkowski, J. 2006 . Exposure therapy and extinction: Clincal studies. In M. G. Craske, D. Hermans, & D. Vansteenwegen Eds. , *Fear and Learning from basic processes to clinical implications* pp. 217-233 . Washington, DC: American Psychological Association.

Craske, M. G., Rauch, S. L., Ursano, R., Prenoveau, J., Pine, D. S., & Zinbarg, R. E. 2009 . What is an anxiety disorder? *Depression and Anxiety*, 26 12 , 1066-1085.

Creamer, M., Burgess, P., & McFarlane, A. C. 2001 . Post-traumatic stress disorder: Findings from the Australian national survey of mental health and well-being. *Psychological Medicine*, 31, 1237-1247.

Crick, N. R., & Dodge, K. A. 1994 . A review and reformulation of social information-processing mechanisms in children's social adjustment. *Psychological Bulletin*, 115, 74-101.

Critchley, H. D., Daly, E. M., Bullmore, E. T., Williams, S. C. R., Van Amelsvoort, T., Robertson, D. M., …Murphy D, G. M. 2001 . The functional neuroanatomy of social behaviour: Changes in cerebral blood flow when people with autistic disorder process facial expressions. *Brain*, 123, 2203-2212.

Crits-Christoph, P., & Barber, J. P. 2002 . Psychological treatments for personality disorders. In P. E. Nathan & J. M. Gorman Eds. , *A guide to treatments that work*. New York: Oxford University Press.

Crits-Christoph, P., Chambless, D. L., Frank, E., Brody, C. et al. 1995 . Training in empirically validated treatments: What are clinical psychology students learning? *Professional Psychology*: *Research and Practice*, 26, 514-522.

Critser, G. 2003 . *Fatland*: *How Americans became the fattest people in the world.* Boston: Houghton Mifflin.

Cronan, T. A., Cruz, S. G., Arriaga, R. L, & Sarkin, A. J. 1996 . The effects of a community-based literacy program on young children's language and conceptual development. *American Journal of Community Psychology*, 24, 251-272.

Cronbach, L. J., & Meehl, P. E. 1955 . Construct validity in psychological tests. *Psychological Bulletin*, 52, 281-302.

Crow, S. J., Peterson, C. B., Swanson, S. A., Raymond, N. C., Specker, S., Eckert, E. D., & Mitchell, J. E. 2009 . Increased mortality in bulimia nervosa and other eating disorder. *American Journal of Psychiatry*, 166, 1342-1346.

Crow, T. J. 1980 . Molecular pathology of schizophrenia: More than one disease process? *British Medical Journal*, 280, 784-788.

Crowell, N. A., & Burgess, A. W. 1996 . U*nderstanding violence against women*. National Research Council, Commission on Behavioral and Social Sciences and Education, Committee on Law and Justice, Panel on Research on Violence Against Women, Washington, DC: National Academy Press.

Crozier, J. C., Dodge, K. A., Griffith, R., et al. 2008 . Social information processing and cardiac predictors of adolescent antisocial behavior. *Journal of Abnormal Psychology*, 117, 253-267.

Cruts, M., Gijselinck, I., van der Zee, J., Engelborghs, S., Wils, H., Pirici, D., … Van Broeckhoven, C. 2006 . Null mutations in progranulin cause ubiquitin-positive frontotemporal dementia linked to chromosome17q21. *Nature*, 442, 920-924.

Curry, J. F 2001 . Specific psychotherapies for childhood and adolescent depression. *Biological Psychiatry*, 49, 1091-1100.

Curry, J., Silva, S., Rohde, P., Ginsburg, G., Kratochvil, C., Simons, A., Kirchner, J., May, D., Kennard, B., et al. 2011 . Recovery and recurrence following treatment for adolescent major depression. *Archives of General Psychiatry*, 68, 263-270.

Curry, S. J., Mermelstein, R. J., & Sporer, A. K. 2009 . Therapy for specific problems: Youth tobacco cessation. *Annual Review of Psychiatry*, 60, 229-255.

Curtin, J. J., Lang, A. R., Patrick, C. J., & Strizke, W. G. K. 1998 . Alcohol and fear-potentiated startle: The role of competing cognitive demands in the stress-reducing effects of intoxication. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 547-557.

Curtis, L. H., Ostbye, T., Sendersky, V., Hutchison, S., Dans, P. E., Wright, A., … Schulman, K. A. 2004 . Inappropriate prescribing for elderly Americans in a large outpatient population. *Archives of Internal Medicine*, 164, 1621-1625.

Dallery, J., Silverman, K., Chutuape, M. A., Bigelow, G. E., & Stitzer, M. 2001 . Voucher-based reinforcement of opiate plus cocaine abstinence in treatment-resistant methadone patients: Effects of reinforcer magnitude. *Experimental & Clinical Psychopharmacology*, 9, 317-325.

Dallman, M. E, Pecoraro, N., Akana, S. E, La Fleur, S. E., Gomez, E, Houshyar, H., … Manalo, S. 2003 . Chronic stress and obesity: A new view of comfort food. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 100, 11696-11701.

Dare, C, LeGrange, D., Eisler, I., & Rutherford, J. 1994 . Redefining the psychosomatic family: Family process of 26 eating disordered families. *International Journal of Eating Disorders*, 16, 211-226.

Davidson, R. J., Pizzagalli, D., & Nitschke, J. B. 2002 . The representation and regulation of emotion in depression: Perspectives from affective neuroscience. C. L. Hammen and I. H. Gotlib Eds. , *Handbook of depression*, pp. 219-244 . New York: Guilford.

Davies, D. K., Stock, S. E., & Wehmeyer, M. 2003 . Application of computer simulation to teach ATM access to individuals with intellectual disabilities. *Education & Training in Developmental Disabilities*, 38, 451-456.

Davila, J., Hammen, C. L., Burge, D., Paley, B, & Daley, S. E. 1995 . Poor interpersonal problem solving as a mechanism of stress generation in depression among adolescent women. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 592-600.

Davis, A. S., Malmbery, A., Brandt, L., Allebeck, P., & Lewis, G. 1997 . IQ and risk for schizophrenia: A population-based cohort study. *Psychological Medicine*, 27, 1311-1323.

Davis, C. 1996 . The interdependence of obsessive-compulsiveness, physical activity, and starvation: A model for anorexia nervosa. In W. F. Epling & W. D. Pierce Eds. , *Activity nervosa*: *Theory*, *research*, *and treatment* pp. 209-218 . Mahwah, NJ: Erlbaum.

Davis, J. M. 1978 . Dopamine theory of schizophrenia: A two-factor theory. In L. C. Wynne, R. L. Cromwell, & S. Matthysse Eds. , *The nature of schizophrenia*. New York: Wiley.

Davis, J. M., Chen, N., & Glick, I. D. 2003 . A meta-analysis of the efficacy of second-generation antipsychotics. *Archives of General Psychiatry*, 60, 553-564.

Davis, L., & Siegel, L. J. 2000 . Posttraumatic stress disorder in children and adolescents: A review and analysis. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 3, 135-153.

Davis, M. C., Matthews, K. A., & Twamley, E. W. 1999 . Is life more difficult on Mars or Venus? A meta-analytic review of sex differences in major and minor life events. *Annals of Behavioral Medicine*, 21, 83-97.

Davis, K. L., Kahn, R. S., Ko, G., & Davison, M. 1991 . Dopamine and schizophrenia: A review and reconceptualization. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1474-1486.

Davis, P. 2002, August 18 . The faces of Alzheimer's. Time.

Davis, T. E., May, A., & Whiting, S. E. 2011 . Evidence-based treatment of anxiety and phobia in children and adolescence: Current status and effects on the emotional response. *Clinical Psychology Review*, 31, 592-602.

Davison, T. E., McCabe, M., & Mellor, D. 2009 . An examination of the "gold standard" diagnosis of major depression in aged-care settings. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 17 5 , 359-367.

Dawson, G., Toth, K., Abbott, R., Osterling, J., Munson, J., Estes, A., & Liaw, J. 2004 . Early social attention impairments in autism: Social orienting, joint attention, and attention to distress. *Developmental Psychology*, 40, 271-283.

Dawson, M. E., Schell, A. M., & Banis, H. T. 1986 . Greater resistance to extinction of electrodermal responses conditioned to potentially phobic CSs: A noncognitive process? *Psychophysiology*, 23, 552-561.

Day, N. L., Leech, S. L., Richardson, G. A., Cornelius, M. D., Robles, N., & Larkby, C. 2004 . Prenatal alcohol exposure predicts continued deficits in offspring size at 14 years of age. *Alcoholism*; *Clinical and Experimental Research*, 26, 1584-1591.

Day, N. L., & Richardson, G. A. 2004 . An analysis of the effects of prenatal alcohol exposure on growth: A tera-tologic model. *American Journal of Medical Genetics Part C Seminar in Medical Genetics* , 127C, 28-34.

Deacon, B. J., & Abramowitz, J. S. 2004 . Cognitive and behavioral treatments for anxiety disorders: A review of meta-analytic findings. *Journal of Clinical Psychology*, 60 4 , 924-441.

Deacon, S., Minicchiello, V, & Plummer, D. 1995 . Sexuality and older people: Revisiting the assumptions, *Educational Gerontology*, 21, 497-513.

Deary, I. J., & Johnson, W. 2010 . Intelligence and education: Causal Perceptions drive analytic processes and therefore conclusions. *International Journal of Epidemiology*, 39, 1362-1369.

Deckersbach, T., Savage, C. R., Phillips, K., Wilhelm, S., Buhlmann, U., Rauch, S., … Jenike, M. A. 2000 . Characteristics of memory dysfunction in body dysmorphic disorder. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 6, 673-681.

De Cuypere, G., Tsjoen, G., Beerten, R., Selvaggi, G., DeSutter, P., Hoebeke, P., … Rubens, R. 2005 . Sexual and physical health after sex reassignment surgery. *Archives of Sexual Behavior*, 34, 679-690.

Deep, A, L, Lilenfeld, L. R., Plotnicov, K. H., Pollice, C., & Kaye, W H. 1999 . Sexual abuse in eating disorder subtypes and control women: The role of cormorbid substance dependence in bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 25, 1-10.

de Graaf, R., Bijl, R. V, Ravelli, A., Smit, E., & Vollenbergh, W. A. M. 2002 . Predictors of first incidence of DSM-III-R psychiatric disorders in1 the general population: Findings from the Netherlands mental health survey and incidence study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106, 303-313.

DeJong, W., & Kleck, R. E. 1986 . The social psychological effects of overweight. In C. P Herman, M. E Zanna, & E. T. Higgins Eds. , *Physical appearance, stigma, and social behavior*. Hillside, NJ: Lawrence Erlbaum.

deLint, J. 1978 . Alcohol consumption and alcohol problems from an epidemiological perspective. *British Journal of Alcohol and Alcoholism*, 17, 109-116.

Depression Guidelines Panel. 1993 . *Depression in primary care: Volume 2. Treatment of major depression. Clinical practice guideline No. 5*. AHCPR publication No. 93-0551 . Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research.

Depue, R. A., Collins, P. F., & Luciano, M. 1996 . A model of neurobiology: Environment interaction in developmental psychopathology. In M. E. Lenzenweger & J. J. Haugaard Eds. , *Frontiers of developmental psychopathology* pp. 44-76 . New York: Oxford University Press.

Depue, R. A., & lacono, W G. 1989 . Neurobehavioral aspects of affective disorders. In L. W Porter, & M. R. Rosenzweig Eds. , *Annual review of psychology* pp. 457-492 . Palo Alto, CA: Annual Reviews, Inc.

Derogatis, L. R., & Burnett, A. L. 2008 . The epidemiology of sexual dysfunctions. *Journal of Sexual Medicine*, 5 2 , 289-300.

DeRubeis, R. J. 2011 . The gotcha moment: When science is taken out of context. *Observer*, 24 1 , 13.

DeRubeis, R. J., & Crits-Christoph, P. 1998 . Empirically supported individual and group psychological treatments for adult mental disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 37-52.

DeRubeis, R. J., Gelfand, L. A., Tang, T. Z., & Simons, A. D. 1999 . Medications versus cognitive behavior therapy for severely depressed outpatients: Mega-analysis of four randomized comparisons. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1007-1013.

De Souza, E. B., Battaglia, G., & Insel, T. L. 1990 . Neurotoxic effect of MDMA on brain serotonin neurons: Evidence from neurochemical and radioligand binding studies. *Annual Proceedings of the New York Academy of Science*, 600, 682-697.

de Wit, H., & Zacny, J. 2000 . Abuse potential of nicotine replacement therapies. In Palmer, K. J. Ed . *Smoking cessation* pp. 79-92 . Kwai Chung, Hong Kong: Adis International Publications.

Dick, D. M., Pagan, J. L., Viken, R., Purcell, S., Kaprio, J., Pulkinnen, L., et al. 2007 . Changing environmental influence on substance use across development. *Twin Research and Human Genetics*, 10, 315-326.

Dickerson, S. S., & Kemeny, M. E. 2004 . Acute stressors and cortisol responses: A theoretical integration and synthesis of laboratory research. *Psychological Bulletin*, 130, 355-391.

Dickey, C. C., McCarley, R. W, & Shenton, M. E. 2002 . The brain in schizotypal personality disorder: A review of structural MR1 and CT findings, *Harvard Review of Psychiatry*, 10,1-15.

Dickstein, D. P., & Leibenluft, E. 2006 . Emotion regulation in children and adolescents: Boundaries between normalcy and bipolar disorder. *Development and Psychopathology*, 18, 1105-1131.

Didie, E. R., Menard, W., Stern, A. P., & Phillips, K. A. 2008 . Occupational functioning and impairment in adults with body dysmorphic disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 49 6 , 561-569.

Dieserud, G., Roysamb, E., Braverman, M. T, Dalgard, O. S., & Ekeberg, O. 2003 . Predicating repetition of suicide attempt: A prospective study of 50 suicide attempters. *Archives of Suicide Research*, 7, 1-15.

DiFranza, J. R., Richards, J. W., Paulman, P. M., Wolf-Gillespie, N., Fletcher, C., et al. 1991 . RJR Nabisco's cartoon camel promotes Camel cigarettes to children. Journal *of the American Medical Association*, 266, 3149-3153.

Dimidjian, S., Barrera, M., Martell, C., Munoz, R. F., & Lewinsohn, P. M. 2011 . The origins and current status of behavioral activation treatments for depression. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7, 1-38.

Dimidjian, S., Hollon, S. D., Dobson, K. S., Schmaling, K. B., Kohlenberg, R. J., Addis, M. E., … Jacobson, N. S. 2006 . Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 658-670.

DiNardo, P. A., O'Brien, G. T., Barlow, D. H., Waddell, M. T., & Blanchard, E. B. 1993 . Reliability of the DSM-II1-R anxiety disorders categories using the Anxiety Disorders Interview Schedule-Revised ADIS-R . *Archives of General Psychiatry*, 50, 251-256.

Dishion, T. J., & Andrews, D. W 1995 . Preventing escalation in problem behaviors with high-risk young adolescents: Immediate and 1-year outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 538-548.

Dishion, T. J., Patterson, G. R., & Kavanagh, K. A. 1992 . An experimental test of the coercion model: Linking theory, measurement, and intervention. In J. McCord &. E. Tremblay Eds. , *Preventing antisocial behavior* pp. 253-282 . New York: Guilford.

Dixon, L. B., Dickerson, F., Bellack, A. S., Bennett, M., Dickinson, D., Goldberg, R. W., et al. 2010 . The 2009 schizophrenia PORT psychosocial treatment recommendations and summary statements. *Schizophrenia Bulletin*, 36, 48-70.

Dobson, K. S., Hollon, S. D., Dimidjian, S., Schmaling, K. B., Kohlenberg, R. J., Gallop, R., … Jacboson, N. S. 2008 . Randomized trail of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the prevention of relapse and recurrence in major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76 3 , 468-477.

Dodge, K. A., & Frame, C. L. 1982 . Social cognitive biases and deficits in aggressive boys. *Child Development*, 53, 620-635.

Doerr, P., Fichter, M., Pirke, K. M., & Lund, R. 1980 . Relationship between weight gain and hypothalamic-pituitary-adrenal function in patients with anorexia nervosa. *Journal of Steroid Biochemistry*, 13, 529-537.

Dohrenwend, B. P. 2006 . Inventory stressful life events as risk factors for psychopathology: Toward resolution of the problem of intracategory variability. *Psychological Bulletin*, 132, 477-495.

Dohrenwend, B. P., Levav, E. E., Schwartz, S., Naveh, G., Link, B. G., Skodol, A. E., & Stueve, A. 1992 . Socioeconomic status and psychiatric disorders: The causation-selection issue. *Science*, 255, 946-952.

Dohrenwend, B. P., Krasnoff, L., Askenasy, A. R., & Dohrenwend, B. P. 1978 . Exemplification of method for scaling life events: The PERI life events scale. *Journal of Health and Social Behaviour*, 19, 205-229.

Dolan, B. 1991 . Cross-cultural aspects of anorexia and bulimia: A review. *International Journal of Eating Disorders*, 10,67-78.

Dolder, C. R., Lacro, J. E, Dunn, L. B., Srjesle, D. Y 2002 . Antipsychotic medication adherence: Is there a difference between typical and atypical agents? *American Journal of Psychiatry*, 159, 103-108.

Doll, H. A., & Fairburn, C. G. 1998 . Heightened accuracy of self-reported weight in bulimia nervosa: A useful cognitive "distortion". *International Journal of Eating Disorders*, 24, 267-273.

Dougher, M. J. 1988 . Clinical assessment of sex offenders. In B. K. Schwanz Ed. , *A practitioner's guide to treating the incarcerated male sex offender* pp. 77-84 . Washington, DC: U.S. Department of Justice.

Douglas, K. S., Guy, L. S., & Hart, S. D. 2009 . Psychosis as a risk factor for violence to others: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 135, 679-706.

Doyle, P. M., Le Grange, D., Loeb, K., Doyle, A. C., & Crosby, R. D. 2010 . Early response to family-based treatment for adolescent anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 43, 659-662.

Draguns, J. G. 1989 . Normal and abnormal behavior in cross-cultural perspective: Specifying the nature of their relationships. In J. J. Herman Ed. , *Nebraska symposium on motivation*. Lincoln: University of Nebraska Press.

Dreznick, M. T. 2003 . Heterosoical competence of rapists and child molesters: A meta-analysis. *Journal of Sex Research*, 40, 170-178.

Drug Enforcement Administration. 2001 . *Working to prevent the diversion and abuse of Oxycontin*. Drug Enforcement Administration, Office of Diversion Control, June 12.

Drury, V., Birchwood, M., Cochrane, R., & Macmillan, R. 1996 . Cognitive therapy and recovery from acute psychosis: A controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 169, 593-601.

Duffy, F. F., West, J. C., Wilk, J., Narrow, W. E., Hales, D., Thompson, J., et al., 2004 . Mental Health practitioners and trainees. In R. W. Manderscheid & M. J. Henderson Eds. , *Mental health, United States, 2002 DHHS Pub No.* . Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Dugas, M. J., Brillon, P., Savard, P., Turcotte, J., Gaudet, A., Ladouceur, R., … Gervais, N. J. 2010 . A randomized clinical trail of cognitive-behavioral therapy and applied relaxation for adults with generalized anxiety disorder. *Behavior Therapy*, 41 1 , 46-58.

Dugas, M. J., Marchand, A., & Ladouceur, R. 2005 . Further validation of a cognitive-behavioral model of generalized anxiety disorder: Diagnostic and symptom specificity. *Journal of Anxiety*, 19, 329-343.

Dunman, R. S., Heninger, G. R., & Nestler, E. J. 1997 . A molecular and cellular theory of depression. *Archives of General Psychiatry*, 54, 597-606.

Duman, R. S., Malberg, J., & Nakagawa, S. 2001 . Regulation of adult neurogenesis by psychotropic drugs and stress. *Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics*, 299, 401-407.

DuPaul, G. J., & Henningson, E N. 1993 . Peer tutoring effects on the classroom performance of children with attention deficit hyperactivity disorder. *School Psychology Review*, 22, 134-143.

Dura, J. R., Stukenberg, K. W., & Kiecolt-Glaser, J. K. 1991 . Anxiety and depressive disorders in adult children caring for demented parents. *Psychology and Aging*, 6, 467-473.

Dvoskin, J. A., & Steadman, H. J. 1994 . Using intensive case management to reduce violence by mentally ill persons in the community. *Hospital and Community Psychiatry*, 45, 679-684.

Dworkin, R. H., & Lenzenwenger, M. E 1984 . Symptoms and the genetics of schizophrenia: Implications for diagnosis. *American Journal of Psychiatry*, 141, 1541-1546.

Dworkin, R. H., Lenzenwenger, M. E, & Moldin, S. O. 1987 . Genetics and the phenomenology of schizophrenia. In E D. Harvey and E. E Walker Eds. , *Positive and negative symptoms of psychosis*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Eack, S. M., Greenwald, D. P., Hogarty, S. S., & Keshavan, M. S. 2010 . One-year durability of the effects of cognitive enhancement therapy on functional outcome in early schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 120, 210-216.

Eddy, K. T., Keel, E. K., Dorer, D. J., Delinksy, S. S., Franko, D. L., & Herzog, D. B. 2002 . Longitudinal comparison of anorexia nervosa subtypes. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 191-201.

Edelbrock, C., Rende, R., Plbmin, T., & Thompson, L. A 1995 . A twin study of competence and problem behavior in childhood and early adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 36, 775-789.

Edenberg, H. J., Xuie, X., Chen, H. J., Tian, H., Weatherill, L. F., Dick, D. M., et al. 2006 . Association of alcohol dehydrogenase genes with alcohol dependence: A comprehensive analysis. *Human Molecular Genetics*, 15, 1539-1549.

Eder, W., Ege, M. J., & von Mutius, E. 2006 . The asthma epidemic. New England *Journal of Medicine*, 355, 2226-2235.

Edvardsen, J., Torgersen, S., Roysamb, E., Lygren, S., Skre, I., Onstad, S., & Oien, P. A. 2008 . Heritability of bipolar spectrum disorders. Unity or heterogeneity? *Journal of Affective Disorders*, 106 3 , 229-240.

Ehlers, A., Mayou, R. A., & Bryant, B. 1998 . Psychological predictors of chronic posttraumatic stress disorder after motor vehicle accidents. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 508-519.

Eley, T. C., Lichtenstein, E., & Moffitt, T. E. 2003 . A longitudinal behavioral genetic analysis of the etiology of aggressive and nonaggressive antisocial behavior. *Development and Psychopathology*, 15, 383-402.

Elkin, I., Shea, M. T., & Shaw, B. F. 1996 . Science is not a trail but it can sometimes be a tribulation . *Journal of Consulting and Clinical psychology*, 64, 92-103.

Elkin, I., Shea, M. T., Watkins, J. T., Imber, S. D., Sotsky, S. M., Collins, … Parloff, M. B. 1989 . NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program: 1. General effectiveness of treatments. *Archives of General Psychiatry*, 46, 971-983.

Elkis, I., King, S. M., McGue, M., & Iacono, W. 2006 . Personality traits and the development of alcohol, nicotine, and illicit drug disorders: Prospective links from adolescence to young adulthood. *Journal of Abnormal Psychology*, 112, 26-39.

Elkis, I., McGue, M., & Iacono, W. 2007 . Prospective effects of attention-deficit/hyperactivity disorder, conduct disorder, and sex on adolescent substance use and abuse. *Archives of General Psychiatry*, 64, 1145-1152.

Elkis, H., Friedrmm, L., Wise, A., & Meltzer, H. T. 1995 . Meta-analysis of studies of ventricular enlargement and cortical sulcal prominence in mood disorders. *Archives of General Psychiatry*, 52, 735-746.

Ellenberger, H. F. 1972 . The story of "Anna O": A critical review with new data. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 8, 267-279.

Ellis, A. 1991 . The revised ABC's of rational-emotive therapy RET . *Journal of Rational-Emotive and Cognitive Behavior Therapy*, 9, 139-172.

Ellis, A. 1993 . Changing rational-emotive therapy RET to rational emotive behavior therapy REBT . *The Behavior Therapist*, 16, 257-258.

Ellis, A. 1995 . Changing rational-emotive therapy RET to rational emotive behavior therapy REBT . *Journal of Rational-Emotive and Cognitive Behavior Therapy*, 13, 85-89.

Emmelkamp, P. M. G. 2004 . Behavior therapy with adults. In M. J. Lambert Ed. , *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* 5th ed., pp.393-446 . New York: John Wiley & Sons.

Emmelkamp, P. M. G., Krijin, M., Hulsbosch, A. M., de Vries, S., Schuemie, M. J., & van der Mast, C. A. P. G. 2002 . Virtual reality treatment versus exposure in vivo: A comparative evaluation in acrophobia. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 509-516.

Emslie, G., & Mayes, T. N. 2001 . Mood disorders in children and adolescents: Psychopharmacological treatment. *Biological Psychiatry*, 49, 1082-1090.

Engdahl, B., Dikel, T. N., Eberly, R., & Blank, A. 1997 . Posttraumatic stress disorder in a community group of former prisoners of war: A normative response to severe trauma, American Journal of Psychiatry, 154, 1576-1581.

Enserink, M. 1999 . Drug therapies for depression: From MAO inhibitors to substance. *Science*, 284, 239.

Epling, W. E., & Pierce, W. D. 1992 . *Solving the anorexia puzzle*. Toronto, Canada: Hogrefe & Huber.

Epstein, J. A., Botvin, G. J., & Diaz, T. 2001 . Linguistic acculturation associated with higher marijuana and poly-drug use among Hispanic adolescents. *Substance Use & Misuse*, 36, 477-499.

Erdberg, P., & Exner, J. E., Jr. 1984 . Rorschach assessment. In G. Goldstein & M. Hersen Eds. , *Handbook of psychological assessment*. New York: Pergamon.

Erhardt, D., & Hinshaw, S. P. 1994 . Initial sociometric impressions of attention-deficit hyperactivity disorder and comparison boys: Predictions from social behaviors and nonverbal behaviors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 833-842.

Erikson, K. I., Kramer, A. F. 2009 . Aerobic exercise effects on cognitive and neural plasticity in older adults. *British Journal of Sorts Medicine*, 43 1 , 22-24.

Erlenmeyer-Kimling, L. E., & Cornblatt, B. 1987 . The New York high-risk project: A follow-up report. *Schizophrenia Bulletin*, .13, 451-461.

ESEMe/MHEDEA 2000 investigators. 2004 . Disability and quality of life impact of mental disorders in Europe: Results from the European study of the epidemiology of mental disorders ESEMeD project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109, 38-46.

Essex, M. J., Klein, M. H., Slattey, M. J., Goldsmith, H. H., & Kalin, N. H. 2010 . Early risk factors and developmental pathways to chronic high inhibition and social anxiety disorder in adolescence. *American Journal of Psychiatry*, 167, 40-46.

Evans, R. J. 2001 . Social influences in etiology and prevention of smoking and other health threatening behaviors in children and adolescents. In A. Baum, T. A. Revenson, and J. E. Singer Eds. , *Handbook of health psychology*, pp. 459-468 . Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

Everaerd, W., Laan, E., Both, S., & Van Der Velde, J. 2000 . Female sexuality. In L. Szuchman & F. Muscarella Eds. , *Psychological perspectives on human sexuality* pp.108-122 . New York: Wiley.

Everett, E, Proctor, N., & Cartmell, B. 1989 . Providing psychological services to American Indian children and families. In D. R. Atkinson, G. Morten, & D. W. Sue Eds. , *Counseling American minorities* 3rd ed. . Dubuque, 1A: WC. Brown.

Everill, J. T., & Waller, G. 1995 . Reported sexual abuse and eating psychopathology: A review of the evidence for a causal link. *International Journal of Eating Disorders*, 18, 1-11.

Exner, J. E. 1978 . *The Rorschach*: *A comprehensive system: Volume 2. Current research and advanced interpretation*. New York: Wiley.

Exner, J. E., 1986 . *The Rorschach*: *A comprehensive system: Volume 1. Basic foundations* 2nd ed. . New York: Wiley.

Fabrega, H., Jr. 2002 . Evolutionary theory, culture and psychiatric diagnosis. In M. Maj & W. Gaebel Eds. , *Psychiatric diagnosis and classification* pp. 107-135 . New York: John Wiley & Sons.

Fairburn, C. G. 1985 . Cognitive-behavioral treatment for bulimia. In D. M. Garner, & P. E. Garfinkel Eds. , *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia* pp. 160-192 . New York: Guilford.

Fairburn, C. G. 1997 . Eating disorders. In D. M. Clark & C. G. Fairburn Eds. , *Science and practice of cognitive behavior therapy* pp. 209-243 . New York: Oxford.

Fairburn, C. G., Agras, W. S., & Wilson, G. T. 1992 . The research on the treatment of bulimia nervosa: Practical and theoretical implications. In G. H. Anderson & S. H. Kennedy Eds. , *The biology of feast and famine*: *Relevance to eating disorders*. New York: Academic Press.

Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A., O'Connor, M. E., Bohn, K., Hawker, D. M., … Palmer, R. L. 2009 . Transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for patients with eating disorders; A two-site trail with 60-week follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 166, 311-319.

Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A., & Welch, S. L. 1999 . Risk factors for anorexia nervosa: Three integrated case-control comparisons. *Archives of General Psychiatry*, 56, 468-478.

Fairburn, C. G., Doll, H. A., Welch, S. L., Hay, P. J., Davies, B. A., & O'Connor, M. E. 1998 . Risk factors for binge eating disorder. *Archives of General Psychiatry*, 55, 425-432.

Fairburn, C. G., Jones, R., Peveler, R. C., Carr, S. J., Solomon, R. A., O'Connor, M. … Hope, R. A. 1991 . Three psychological treatments for bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 48, 463-469,

Fairburn, C. G., Jones, R., Peveler, R. C., Hope, R. A., & O'Connor, M. E. 1993 . Psychotherapy and bulimia nervosa: The longer-term effects of interpersonal psychotherapy, behavior therapy, and cognitive therapy. *Archives of General Psychiatry*, 50, 419-428.

Fairburn, C. G., Marcus, M. D., & Wilson, G. T. 1993 . Cognitive behaviour therapy for binge eating and bulimia nervosa: A comprehensive treatment manual. In C. G. Fairburn & G. T. Wilson Eds. , B*inge eating*: *Nature*, *assessment*, *and treatment*. New York: Guilford.

Fairburn, C. G., Norman, R A., Welch, S. L., O'Connor, M. E., Doll, H. A., & Peveler, R. C. 1995 . A prospective study of outcome in bulimia nervosa and the long-term effects of three psychological treatments. *Archives of General Psychiatry*, 52, 304-312.

Fairburn, C. G., Shafran, R., & Cooper, Z. 1999 . A cognitive behavioural theory of anorexia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 1-13.

Fairburn, C. G., Stice, E., Cooper, Z., Doll, H. A., Norman, E A., & O'Connor, M. E. 2003 . Understanding persistence in bulimia nervosa: A 5-year naturalistic study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 103-109.

Fairburn, C. G., Welch, S. L., Doll, H. A., Davies, B. A., & O'Connor, M. E. 1997 . Risk factors for bulimia nervosa: A community-based case-control study. *Archives of General Psychiatry*, 54, 509-517.

Fales, C. L., Barch, D. M., Rundle, M. M., Mintun, M. A., Snyder, A. Z., Cohen, J. D., … Sheline, Y. 2008 . Altered emotional interference processing in affective and cognitive-control brain circuitry in major depression. *Biological Psychiatry*, 63 4 , 377-384.

Falloon, I. R. H., Boyd, J. L., McGill, C. W., Razani, J., Moss, H. B., & Gilderman, A. N. 1982 . Family management in the prevention of exacerbation of schizophrenia: A controlled study. *New England Journal of Medicine*, 306, 1437-1440.

Falloon, I. R. H., Boyd, J. L., McGill, C. W, Williamson, M., Razani, J., Moss, H., … Simpson, G. M. 1985 . Family management in the prevention of morbidity of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 42, 887-896.

Fanous, A. H., Prescott, C. A., & Kendler, K. S. 2004 . The prediction of thoughts of death or self-harm in a Deputation-based sample of female twins. *Psychological Medicine*, 34, 301-312.

Faraone, S. V., Biederman, J., Jetton, J. G., & Tsuang, M. T. 1997 . Attention deficit disorder and conduct disorder: Longitudinal evidence for a family subtype. *Psychological Medicine*, 27, 291-300.

Faraone, S. V., Biederman, J., & Mick, E. 2005 . The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: A meta-analysis of follow-up studies. *Psychological Medicine*, 36, 159-165.

Faraone, S. V., Biederman, J.,Weber, W., & Russell, R. 1998 . Psychiatric, neuropsychological, and psychosocial features of DSM-IV subtypes of attention deficit/hyperactivity disorder: Results from a clinically referred sample. *Journal of the American Academy of Child 2nd Adolescent Psychiatry*, 37, 185-193.

Faraone, S. V., Doyle, A. E., Mick, E., & Biederman, J. 2001 . Meta-analysis of the association between the 7-repeat allele of the dopamine D 4 receptor gene and attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1052-1057.

Faravelli, C., Salvatori, S., Galassi, E, & Aiazzi, L. 1997 . Epidemiology of sornatoform disorders: A community survey in Florence. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 32, 24-29.

Farina, A. 1976 . *Abnormal psychology*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Faustman, W. O., Bardgett, M., Faull, K. E, Pfefferman, A., & Cseransky, J. G. 1999 . Cerebrospinal fluid glutamate inversely correlates with positive symptom severity in unmedicated male schizophrenic/schizoaffective patients. *Biological Psychiatry*, 45, 68-75.

Favaro. A., & Santonastaso, P. 1997 . Suicidality in eating disorders: Clinical and psychological correlates. *Acta Psychiatrica Scandanavica*, 95, 508-514.

Febbraro, G. A. R., & Clum, G. A. 1998 . Meta-analytic investigation of the effectiveness of self-regulatory components in the treatment of adult behavior problems. *Clinical Psychology Review*, 18, 143-161.

Feingold, B. F. 1973 . *Introduction to clinical allergy*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.

Feldman, H. A., Goldstein, I., Hatzichristou, G., Krane, R. J., & McKinlay, J. B. 1994 . Impotence and its medical and psychosocial correlates: Results of the Massachusetts male aging study. *Journal of Urology*, 151, 54-61.

Feldman, H. M., Kolmen, B. K., & Gonzaga, A. M. 1999 . Naltrexone and communication skills in young children with autism. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38, 587-593.

Feldman Barrett, L. 2003 . So you want to be a social neuroscientist? *APS Observer*, 16, 5-7.

Ferguson, C. P., La Via, M. C., Crossan, P J., & Kaye, W H. 1999 . Are SSRI's effective in underweight anorexia nervosa? *International Journal of Eating Disorders*, 25, 11-17.

Ferguson, S. B., Shiffman, S., & Gwaltney, C. J. 2006 . Does reducing withdrawal severity mediate nicotine patch efficacy? A randomized clinical trail. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 1153-1161.

Fergusson, D. M., Boden, J. M., & Horwood, L. J. 2008 . Exposure to childhood sexual and physical abuse and adjustment in early adulthood. *Child Abuse and Neglect*, 32 6 , 607-619.

Fergusson, D. M., & Horwood, L. J. 2000 . Does cannabis use encourage other forms of illicit drug use? *Addiction*, 95, 505-520.

Ferri, C. P., Prince, M., Brayne, C., Brodaty, H., & Lyketsos, C. G. 2005 . Global prevalence of dementia : A delphi consensus study. *Lancet*, 366, 2112-2117.

Ferri, M., Amato, L., & Davoli, M. 2008 . Alcoholics anonymous and other 12 step programmes for alcohol dependence review . *Cochrane Database of Systematic Review*, Issue 3, Art. No.: CD005032.

Fetkewicz, J., Sharma, V., & Merskey, H. 2000 . A note on suicidal deterioration with recovered memory treatment. *Journal of Affective Disorders*, 58, 155-159.

Feusner, J. D., Phillips, K. A., & Stein, D. J. 2010 . Olfactory reference syndrome: Issues for DSM-V. *Depression and Anxiety*. 27 6 , 592-559.

Fiellin, D, A., O'Connor, P G., Chawarski, M., Pakes, J. P, Pantalon, M. V, & -Schottenfeld, R. S. 2001 . Methadone maintenance in primary care: A .randomized controlled trial. *JAMA*, 286, 1724-1731.

Fillmore, K. M. 1987 . Prevalence, incidence and chronicity of drinking patterns and problems among men as a function of age: A longitudinal and cohort analysis. *British Journal of Addiction*, 82, 77-83.

Fink, H. A., MacDonald, R., Rutks, I. R., Nelson, D. B., & Wilt, T. J. 2002 . Sildenafil for male erectile dysfunction: A systematic review and meta-analysis. *Archives of Internal Medicine*, 162 12 , 1349-1360.

Fink, P., Hansen, M. S., & Sondergaard, L. 2005 . Somatoform disorders among first time referrals to a neurology service. *Psychosomatics*, 46, 540-548.

Finkelhor, D. 1983 . Removing the child-Prosecuting the offender in cases of sexual abuse: Evidence from the national reporting system for child abuse and neglect. *Child Abuse and Neglect*, 7, 195-205.

Finkelstein, E. A., Trogdon, J. G., Cohen, J. W., & Dietz, W. 2009 . Annual medical spending attributable to obesity: Payer-and service-specific estimates. *Health Affairs*, 28, w822-w831.

Finlay-Jones, R. 1989 . Anxiety. In G. W Brown & T. O. Harris Eds. , *Life events and illness* pp. 95-112 . New York: Guilford.

Finney, J. W., & Moos, R. H. 1998 . Psychosocial treatments for alcohol use disorders. In P. E. Nathan & J. M. Gorman Eds. , *A guide to treatments that work* pp.156-166 . New York: Oxford University Press.

Fiorentine, R., & Hillhouse, M. P. 2000 . Exploring the additive effects of drug misuse treatment and Twelve-Step involvement: Does Twelve-Step ideology matter? *Substance Use & Misuse*, 35, 367-397.

First, M. B. 2010 . Commentary on Krueger and Eaton's "personality traits and the classification of mental disorders: Toward a more complete integration in DSM-5 and an empirical model of psychopathology": Real-world considerations in implementing an empirically based dimensional model of personality in DSM-5. *Personality Disorders*: *Theory*, *Research*, *and Treatment*, 1 2 , 123-126.

Fischer, M. 1971 . Psychoses in the offspring of schizophrenic monozygotic twins and their normal co-twins. *British Journal of Psychiatry*, 118, 43-52.

Fischer, J. E. 2011 . Understanding behavioral health in late life: Why age matters. *Behavior Therapy*, 42 1 , 143-149.

Fisher, J. E., & Noll, J. P 1996 . Anxiety disorders. In L. L. Carstensen, B. A. Edelstein, & L. Dornbrand Eds. , *The practical handbook of clinical gerontology* pp. 304-323 . Thousand Oaks, CA: Sage.

Fisher, M., Holland, C., Merzenich, M. M., & Vinogradov, S. 2009 . Using neuroplasticity-based auditory training to improve verbal memory in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 166, 805-811.

Fishier, K., Azen, C. G., Henderson, R., Friedman E. G. & Koch, R. 1987 . Psychoeducational findings among children treated for phenylketonuria. *American Journal of Mental Deficiency*, 92, 65-73.

Fitzgibbons, M. L., Spring, B., Avellone, M. E., Blackman, L. R., Pingitore, R., & Stolley, M. R. 1998 . Correlates of binge eating in Hispanic, black, and white women. *International Journal of Eating Disorders*, 24, 43-52.

Fladung, A., Gron, G., Grammer, K., Herrnberger, B., Schilly, E., Grasteit, S., … von Wietersheim, J. 2010 . A neural signature of anorexia nervosa in the ventral striatal reward system. *American Journal of Psychiatry*, 167, 206-212.

Flament, M. F., Whitaker, A., Rapoport, J. L., Davies, M., Berg, C. Z., Kalikow, K., et al. 1988 . Obsessive compulsive disorder in adolescence; An epidemiological study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, 794-771.

Flaum, M., Amador, X., Gorman, J., Bracha, H. S., Edell W., McGlashan, T., et al. 1998 . DSM-IV Field trial for schizophrenia and other psychotic disorders. *DSM-IV sourcebook* pp.687-713 . Washington DC: American Psychological Association.

Flegal, K. M., Carrol, M. D., Ogden, C. L., Curtin, L. R. 2010 . Prevalence and trends in obesity among U. S. adults, 1999-2008. *Journal of American Medical Association*, 303, 235-241.

Foa, E. B., Cahill, S. P., Boscarino, J. A., Hobfoll, S. E., Lahad, M., McNally, R., &7 Solomon, Z. 2005 . Social Psychological and psychiatric interventions following terrorist attacks: Recommendations for practice and research. *Neuropsychopharmacology*: *Official Publication of the American College of Neuropsychopharmacology*, 30 10 , 1806-1817.

Foa, E. B. & Franklin, M. E. 2001 . Obsessive-compulsive disorder. In D. H. Barlow Ed. , *Clinical handbook of psychological disorders* pp. 209-263 . New York: Guilford.

Foa, E. B., Libowitz, M. R., Kozak, M.J., Davies, S., Campeas, R., Franklin, M. E., … Tu, X. 2005 . Randomized, placebo-controlled trail of exposure and ritual prevention, clomipramine, and their combination in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 162, 151-161.

Foa, E. B., & Meadows, E. A. 1997 . Psychosocial treatments for posttraumatic stress disorder: A critical review. *Annual Review of Psychology*, 48, 449-480.

Foa, E. B., Riggs, D. S., Marsie, E. D., & Yarczower, M. 1995 . The impact of fear activation and anger on the efficacy of exposure treatment for posttraumatic stress disorder. *Behavior Therapy*, 26, 487-99.

Folstein, S., & Rutter, M. 1977a . Genetic influences and infantile autism. *Nature*, 265, 726-728.

Folstein, S., & Rutter, M. 1977b . Infantile autism: A genetic study of 21 twin pairs. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, IS, 291-321.

Fontaine, N. M. G., McCrory, E. J. P., Boivin, M., Moffitt, T. E., & Viding, E. 2011 . Predictors and outcomes of joint trajectories of callous-unemotional traits and conduct problems in childhood. *Journal of Abnormal Psychology*, advance online publication. Doi:10.1037/a0022620.

Food and Drug Administration. 2005 . Deaths with antipsychotics in elderly patients with behavioral disturbances. Public Health Advisory.

Food and Drug Administration. Jan 31, 2008 . Serious Health Risks with Antiepileptic Drugs. Public Health Advisory. Available at www.fda.gov/consumer/updates/antielptic020508.html.

Force, A. P. T. 2006 . Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61 4 , 271-285.

Ford, C. S., & Beach, E A. 1951 . *Patterns of sexual behavior*. New York: Harper.

Ford, J. M., Mathalon, D. H., Whitfield, S., Faustman, W. O., & Roth, W. T. 2002 . Reduced communication between frontal and temporal lobes during talking in schizophrenia. *Biological Psychiatry*, 51, 485-492.

Forhan, S. E., Gottieb, S. L., Sternberg, M. R., Xu, F., Datta, S. D., Mcquillan, G. M., … Markowitz, L. E. 2009 . Prevalence of sexually transmitted infections among female adolescents aged 14 to 19 in the United States. *Pediatrics*, 124, 1505-1512.

Forster, J. H., Marshall, E. J., & Peters, T. J. 2000 . Outcome after in-patient detoxification for alcohol dependence: A naturalistic comparison of 7 versus 28 days stay. *Alcohol and Alcoholism*, 36, 580-586.

Foti, D. J., Kotov, R., Guey, L. T., & Bromet, E. J. 2010 . Cannabis use and the course of schizophrenia: 10-year follow-up after first hospitalization. *American Journal of Psychiatry*, 167, 987-993.

Founier, J. C., DeRubeis, R. J., Hollon, S. D., Dimidjian, S., Amesterdam, J. D., Shelton, R. C., & Fawcett, J. 2010 . Antidepressant drug effects and depression severity : A patient-level meta analysis. *Journal of the American Medical Association*, 303, 47-53.

Fowler, I. L., Carr, Y J., Carter, N. T., & Lewin, T, J. 1998 . Patterns of current and lifetime substance use in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 24, 443-455.

Frackiewicz, E. J., Sramek, J. J., Herrera, J. M., Kurtz, N. M, & Cutler, N. R. 1997 . Ethnicity and antipsychotic response. *Annals of Pharmacotherapy*, 31, 1360-1369.

Fraley, R. C., & Shaver, P. R. 2000 . Adult romantic attachment: Theoretical developments, emerging controversies, and unanswered questions. *Review of General psychology*, 4, 132-154.

Francis, D., Diorio, J., Liu, D., & Meaney, M. J. 1999 . Nongenomic transmission across generations of maternal behavior and stress responses in the rat. *Science*, 286, 1155-1158.

Frank, E., Kupfer, D. J., Perel, J. M., Comes, C., Jarrett, D. B., et al. 1990 . Three-year outcomes for maintenance therapies in recurrent depression. *Archives of General Psychiatry*, 47, 1093-1099.

Frank, E., Kupfer, D. J., Thase, M. E., Mallinger, A. G., Swartz, H. A., Fagiolini, A. M., … Monk, T. 2005 . Two-year outcomes for interpersonal and social rhythm therapy in individuals with bipolar I disorder. *Archives of General Psychiatry*, 62, 996-1004.

Frank, E., Swartz, H. A., & Kupfer, D. J. 2000 . Interpersonal and social rhythm therapy: Managing the chaos of bipolar disorder. *Biological Psychiatry*, 48, 593-604.

Franklin, J. C., Hessel, E. T., Aaron, R. V., Arthur, M. S., Heilbron, N., & Prinstein, M. J. 2010 . The functions of nonsucidual self-injury: Support for cognitive-affective regulation and opponent processes from a novel

psychophysiological paradigm. *Journal of Abnormal Psychology*, 119 4 , 850-862.

Franklin, M. E., & Foa, E. B. 1998 . Cognitive-behavioral treatments for obsessive-compulsive disorder. In P E. Nathan & J. M. German Eds. , *A guide to treatments that work* pp. 339-357 . New York: Oxford University Press.

Franko, D. L., & Keel, P. K. 2006 . Suicidality in eating disorders: Occurrence, correlates, and clinical implications. *Clinical Psychology Review*, 26, 769-782.

Frederick, R. I., Mrad, D. F., & DeMier, R. L. 2007 . *Examinations of Criminal responsibility*: *Foundations in mental health case law*. Sarasota, FL: Professional Resource Press.

Fredenckson, B. L., & Carstensen, L. L. 1990 . Choosing social partners: How old age and anticipated endings make people more selective. *Psychology and Aging*, 5,335-347.

Fredrickson, B. L., & Roberts, T. A. 1997 . Objectification theory: Toward understanding women's lived experience and mental health risks. *Psychology of Women Quarterly*, 21, 173-206.

Fredrickson, B. L., Roberts, T. A., Noll, S. M., Quinn, D. M., & Twenge, J. M. 1998 . That swimsuit becomes you: Sex differences in self-objectification, restrained eating, and math performance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78, 269-284.

Fredrikson, M., Annas, P., & Wik, G. 1997 . Parental history, aversive exposure and the development of snake and spider phobia in women. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 23-28.

Freedman, R. 2003 . Schizophrenia. *New England Journal of Medicine*, 349, 1738-1749.

Freeman, J. B., Choate-Summers, M. L., Moore, P. S., Garcia, A. M., Sapyta, J. J., Leonard, H. L., & Franklin, M. E. 2007 . Cognitive behavioral treatment for young children with obsessive-compulsive disorder. *Biological Psychiatry*, 61, 337-343.

Freeston, M. H., Dugas, M. J., & Ladoceur, R. 1996 . Thoughts, images worry, and anxiety. *Cognitive Therapy and Research*, 20, 265-273.

Fremouw, W. J., De Perczel, M., & Ellis, T. E. 1990 . *Suicide risk* : *Assessment and response guidelines*. New York : Pergamon.

French, S. A., Story, M., Neumark-Sztainer, D., Downes, B., Resnick, M., et al. 1997 . Ethnic differences in psychosocial and health behavior correlates of dieting, purging, and binge eating in a population-based sample of adolescent females. *International Journal of Eating Disorders*, 22, 315-322.

Freud, A. 1966 . *The ego and the mechanisms of defense*. New .York: International Universities Press.

Freund, K. 1990 . Courtship disorders. In W. L. Marshall, D. R. Laws, & H. E. Barbaree Eds. , *Handbook of sexual assault: Issues, theories, and treatment* pp. 195-207 . New York: Plenum.

Freund, S. 1917/1950 . *Mourning and melancholia Collected papers* Vol.4 . London: Hogarth and the Institute of Psychoanalysis. Original work Published 1917 .

Fried, P., Watkinson, B. James, D., & Gray, R. 2002 . Current and former marijuana use: Preliminary findings of a longitudinal study of effects on IQ in young adults. *CMAJ*, 166,887-891.

Friedmann, P. D., Lemon, S. C., & Stein, M. D. 2001 . Transportation and retention in outpatient drug abuse treatment programs. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 21, 97-103.

Friedrich, M. J. 2002 . Epidemic of obesity expands its spread to developing countries. *JAMA*, 287, 1382-1386.

Frieling, H., Romer, K. D., Scholz, S., Mittelbach, F., Wilhelm, J., De Zwaan, M., et al. 2010 . Epigenetic dysregulation of dopaminergic genes in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 43, 577-583.

Friend, A., DeFries, J. C., Olson, R. K., & Penningon, B. F. 2009 . Heritability of high reading ability and its interaction with parental education. *Behavior Genetics*, 39, 427-436.

Froehlich, T. E., Bogardus, S. T., & Inouye, S. K. 2001 . Dementia and race: Are there differences between African Americans and Caucasians? *Journal of the American Gerontological Society*, 49, 477-484.

Frojdh, K., Hakansson, A., Karlsson, L, Molarius, A., Fro-jdh, K., Hakansson, A., et al. 2003 . Deceased, disabled or depressed-a population-based 6-year follow-up study of elderly people with depression. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38, 557-562.

Fromrn-Reichmann, F. 1948 . Notes on the development of treatment of schizophrenics by psychoanalytic psychotherapy. *Psychiatry*, 11, 263-273.

Frost, D. O., & Cadet, J. L. 2000 . Effects of methamphetamine-induced toxicity on the development of neural circuitry: A hypothesis. *Brain Research Reviews*, 34,103-118.

Frost, R., & Steketee, G. 2010 . *Stuff: Compulsive hoarding and the meaning of things*: Houghton Mifflin Harcourt.

Frost, R., & Steketee, G., & Greene, K. A. I. 2003 . Cognitive and behavioral treatment of compulsive hoarding. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 3 3 , 323-337.

Frost, R., Tolin, D., Steketee, G., Fitch, K., & Selbo-Bruns, A. 2009 . Excessive acquisition in hoarding. *Journal of Anxiety Disorders*, 23 5 , 632-639.

Fuller, R. K. 1988 . Diesulfiram treatment of alcoholism. In R. M. Rose & J. E. Barren Eds. , *Alcoholism: Treatment and outcome*. New York: Raven.

Fung, Y. K., & Lau, Y. S. 1989 . Effects of prenatal nicotine exposure on rat striatal dopaminergic and nicotinic systems. *Pharmacology*, *Biochemistry & Behavior*, 33, 1-6.

Furnham, A., & Baguma, P. 1994 . Cross-cultural differences in the evaluation of male and female body shapes. *International Journal of Eating Disorders*, 15, 81-89.

Gale, C. R., Batty, G. D., Tynelius, P., Deary, I. J., & Rasmussen, F. 2010 . Intelligence in early adulthood and subsequent hospitalization for mental disorders. *Epidemiology*, 21, 70-77.

Galea, S., Ahern, J., Resnick, H., Kilpatrick, D., Bucuvalas, M., Gold, J., Vlahov, D. 2002 . Psychological sequelae of the September 11 terrorist attacks in New York City. *New England Journal of Medicine*, 346, 982-987.

Galea, S., Tracy, M., Hoggatt, K. J., Dimaggio, C., & Karpati, A. 2011 . Estimated deaths attributable to social factors in the United States. *American Journal of Public Health*, 101, 1456-1465.

Galli, V., McElroy, S. L., Soutullo, C. A., Kizer, D., Raute, N., et al. 1999 . The psychiatric diagnoses of twenty-two adolescents who have sexually molested children. *Comprehensive Psychiatry*, 40, 85-88.

Gallo, C. L., & Pfeffer, C. R. 2003 . Children and adolescents bereaved by a suicidal death: Implications for psychosocial outcomes and interventions. In A. Apter and R. A. King Eds. , *Suicide in children and adolescents* pp. 294-312 . New York: Cambridge University Press.

Gallo, J. J., & Lebowitz, B. D. 1999 . The epidemiology of common late-life mental disorders in the community: Themes for the new century. *Psychiatric Services*, 50, 1158-1166.

Ganellan, R. J. 1996 . Comparing the diagnostic efficiency of the MMPI, MCMI-II, and Rorschach: A review. *Journal of Personality Assessment*, 67, 219-243.

Granguli, M., Du, Y., Dodge, H. H., Ratcliff, G. G., & Chang, C. C. H. 2006 . Depressive symptoms and cognitive decline in late life: A prospective epidemiological study. *Archives of General Psychiatry*, 63, 153-160.

Garand, L., Buckwalter, K. C., Lubaroff, D., Tripp-Reimer, T, Frantz, R. A., & Ansley, T. N. 2002 . A pilot study of immune and mood outcomes of a community-based intervention for dementia caregivers: The PLST intervention. *Archives of Psychiatric Nursing*, 16, 156-167.

Garb, H. N. 2005 . Clinical judgment and decision making. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 67-89.

Garb, H. N., & Schramke, C. J. 1996 . Judgment research and neuropsychological assessment: A narrative review and meta-analyses. *Psychological Bulletin*, 120, 140-153.

Garb, I. L. N. 1997 . Race bias, social class bias, and gender bias in clinical judgment. *Clinical Psychology*: *Science and Practice*, 4, 99-120.

Garber, J., 2006 . Depression in children and adolescents: Linking risk research and prevention. *American Journal of Prevention Medicine*, 31, 5104-5125.

Garber, J., Clarke, G. N., Weersing, V. R., Beardslee, W. R., Brent, D. A., Gladstone, T. R., et al. 2009 . Prevention of depression in at-risk adolescents: A randomized controlled trail. *Journal of the American Medical Association*, 301, 2215-2224.

Garber, J., & Flynn, C. 2001 . Vulnerability to depression in childhood and adolescence. In R. M. Ingram and J. M. Price Eds. , *Vulnerability to psychopathology*: *Risk across the lifespan* pp. 175-225 . New York: Guilford.

Gaber, J., Kelly, M. K., & Martin, N. C. 2002 . Developmental trajectories of adolescents' depressive symptoms: Predictors of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 79-95.

Carbutt, J. C., Mayo, J. P., Little, K. Y., Gillette, G. M., Iason, G, A., et al. 1994 . Dose-response studies with protirelin. *Archives of General Psychiatry*, 51, 875-883.

Gard, D. E., Kring, A. M., Germans Gard, M., Horan, W. P., & Green, M. F. 2007 . Anhedonia in schizophrenia: Distinctions between anticipatory and consummatory pleasure. *Schizophrenia Research*, 93, 253-260.

Garety, P. A., Fowler, D., & Kuipers, E. 2000 . Cognitive-behavioral therapy for medication-resistant symptoms. *Schizophrenia Bulletin*, 26, 73-86.

Garfield, R. L., Zuvekas, S. H., Lave, J. R., & Donohue, J. M. 2011 . The impact of national health care reform on adults with several mental disorders. *American Journal of Psychiatry*, 168, 486-494.

Garfinkel, P. E., Goering, E. L., Goldbloom, S. D., Kennedy, S., Kaplan, A. S., & Woodside, D. B. 1996 . Should amenorrhea be necessary for the diagnosis of anorexia nervosa? *British Journal of Psychiatry*, 168, 500-506.

Garfinkel, F. E., Kennedy, S. R, & Kaplan, A. S. 1995 . Views on classification and diagnosis of eating disorders. *Canadian Journal of Psychiatry*, 40, 445-456.

Graland, R. J., & Dougher, M. J. 1991 . Motivational interviewing in the treatment of sex offenders. In W. R. Miller & S. Rollnick Eds. , *Motivating interviewing*: *Preparing people to change addictive behavior* pp. 303-313 . New York: Guilford.

Garner, D. M. 1997 . Psychoeducational principles. In D. M. Gamer & P. E. Garfinkel Eds. , *Handbook of treatment for eating disorders* pp. 145-177 . New York: Guilford.

Garner, D. M., Garfinkel, P. E., Schwartz, D., & Thompson, M. 1980 . Cultural expectation of thinness in women. *Psychological Reports*, 47, 483-491.

Garner, D. M., Olmsted, M. P., & Polivy, J. 1983 . Development and validation of a multi-dimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 15-34.

Garner, D. M., Vitousek, K. M., & Pike, K. M. 1997 . Cognitive-behavioral therapy for anorexia nervosa. In D. M. Gamer & P E. Garfinkel Eds. , *Handbook of treatment for eating disorders* pp. 94-144 . New York: Guilford.

Gatchel, R. J., Peng, Y. B., Peters, M. L., Fuchs, P.N., & Turk, D. C. 2007 . The biopsychosocial approach to chronic pain: Scientific advances and future directions. *Psychological Bulletin*, 133, 581-624.

Gatz, M., Reynolds, C. A., Fratiglioni, L., Johansson, B., Mortimer, J. A., Bergs, S., … Pedersen, N. L. 2006 . Roles of genes and environments for explaining Alzheimer disease. *Archives of General Psychiatry*, 63, 168-174.

Gaus, V. L., 2007 . *Cognitive behavior therapy for adults with Asperger's syndrome*. New York; Guilford.

Ge, X., Conger, R. D., Cadoret, R. J., Neiderhiser, J. M., Yates, W., Troughton, E., & Stewart, M. A. 1996 . The developmental interface between nature and nurture: A mutual influence model of child antisocial behavior and parent behaviors. *Developmental Psychology*, 32, 574-589.

Geddes, J. R., Burgess, S., Hawton, K., Jamison, K., & Goodwin, G. M. 2004 . Long-term lithium therapy for bipolar disorder: Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trails. *American Journal of Psychiatry*, 161, 217-222.

Geddes, J. R., Carney, S. M., Davies, C., Furukawa, T. A., Frank, E., Kupfer, D. J., & Goodwin, G. 2003 . Relapse prevention with antidepressant drug treatment in depressive disorders: A systematic review. *Lancet*, 361,653-661.

Geller, B., Cooper, T. B., Graham, D., Fetner, H., Marstellar, E, & Wells, J. 1992 . Pharmacokinetically designed double-blind placebo-controlled study of nortriptyline in 6- to 12-year-olds with major depressive disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 34-44.

Geller, J. L. 2006 . A history of private psychiatric hospitals in the USA: Form start to almost finished. *Psychiatric Quarterly*, 77, 1-41.,

Gendall, K. A., Bulik, C. M., Joyce, P. R., Mclntosh, V. V., & Carter, E A. 2000 . Menstrual cycle irregularity in bulimia nervosa: Associated factors and changes with treatment. *Journal of Psychosomatic Research*, 49, 409-415.

General Register Office. 1968 . *A glossary of mental disorders*. London.

Geracioti, T. D., Baker, D. G., Ekhator, N. N., West, S. A., Hill, K. K., Bruce, A. B., Kasckow, J. W. 2001 . CSF norepinephrine concentrations in posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1227-1230.

Geraerts, E., Schooler, J. W., Merckelbach, H., Jelicic, M., Hauer, B. J. A., & Ambadar, Z. 2007 . The reality of recovered memories: Corroborating continuous and discontinuous memories of childhood sexual abuse. *Psychological Science*, 18, 564-568.

Gerlach, A. L., Wilhelm, E. H., Gruber, K., & Roth, W. T. 2001 . Blushing and physiological arousability in social phobia. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 247-258.

Gemsbacher, M. A., Dawson, M., & Goldsmith, H. H. 2005 . Three reasons not to believe in an autism epidemic. *Current Directions in Psychological Science*, 14, 55-58.

Gerra, G., Zairnovic, A., Ferri, M., Zambelli, U., Timpano, M., Neri, E., … Brambilla, E 2000 . Long-lasting effects of methylenedioxymetham-phetamine Ecstasy on serotonin system function in humans. *Biological Psychiatry*, 47, 127-136.

Ghaemi, S. N., & Goodwin, F. K. 2003 . Introduction to special issue on antidepressant use in bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 5, 385-387.

Ghosh, A., & Marks, I. 1987 . Self-treatment of agoraphobia by exposure. *Behavior Therapy*, 18 1 , 3-16.

Giancola, P., & Corman, M. 2007 . Alcohol and aggression: A test of the attention-allocation model. *Psychological Science*, 18, 649-655.

Gibson, D. R. 2001 . Effectiveness of syringe exchange programs in reducing HIV risk behavior and seroconversion among injecting drug users. *AIDS*, 15, 1329-1341.

Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Spinhoven, P., van Tilburg, W., Dirksen, C., van Asselt, T., … Arntz, A. 2006 . Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: Randomized trail of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 63, 649-658.

Gilbertson, M. W., Shenton, M. E., Ciszewski, A., Kasai, K., Lasko, N. B., Orr, S. P, & Pitman, R. K. 2002 . Smaller hippocampal volume predicts pathologic vulnerability to psychological trauma. *Nature Neuroscience*, 5, 1242-1247.

Gilbody, S., Whitty, P., Grimshaw, J., & Thomas, R. 2003 . Educational and organizational interventions to improve the management of depression in primary care: A systematic review. *Journal of American Medical Association*, 289, 3145-3151.

Gill, S., Bronskill, S. E., Normand, S. T., Anderson, G. M., Sykora, K., Lam, K., … Rochon, P. A. 2007 . Antipsychotic drug use and mortality in older adults with dementia. *Annuals of internal Medicine*, 146, 775-786.

Gillberg, C. 1991 . Outcome in autism and autistic-like conditions. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 375-382.

Gillespie, K., Dufly, M., Hackmann, A., & Clark, D. M. 2002 . Community based cognitive therapy in the treatment of post-traumatic stress disorder following the Omaha bomb. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 345-357.

Gillis, J. J., & DeFries, J. C. 1991 . Confirmatory factor analysis of reading and mathematics performance measures in the Colorado Reading Project. *Behavior Genetics*, 21,572-573.

Glass, C. R., & Arnkoff, D. B, 1997 . Questionnaire methods of cognitive self-statement assessment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 911-927.

Glassman, A. H., & Bigger, J. T. 2011 . *Depression and cardiovascular disease: The safety of antidepressant drugs and their ability to improve mood and reduce medical morbidity*. New York: Wiley.

Glassman, A. H., O'Connor, C. M., Califf, R. M., Swedberg, K., Schwartz, P., Bigger, J. T., … Mclvor, M. 2002 . Sertraline treatment of major depression in patients with acute MI or unstable anginga. *Journal of the American Medical Association*, 288, 701-709.

Glatt, S. J., Faraone, S. Y, & Tsuang, M. 2003 . Meta-analysis identifies an association between the dopamine D2 receptor gene and schizophrenia. *Molecular Psychiatry*, 8, 911-915.

Gleaves, D. H. 1996 . The socio-cognitive model of dissociative identity disorder: A reexamination of the evidence. *Psychological Bulletin*, 120, 42-59.

Glenn, A. L., Raine, A., Venables, P. H., & Mednick, S. A. 2007 . Early temperamental and psychophysiological precursors of adult psychopathic personality. *Journal of Abnormal Psychology*, 116, 508-518.

Gloaguen, V., Cottraux, J., Cucherat, M., & Blackburn, I. M. 1998 . A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. *Journal of Affective Disorders*, 49 1 , 59-72.

Godart, N. T., Flament, M. E, Lecrubier, Y., & Jeammet, P. 2000 . Anxiety disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa: Co-morbidity and chronology of appearance. *European Psychiatry*, 15, 38-45.

Godart, N. T., Flament, M., Perdereau, F., & Jeammet, P. 2002 . Comorbidity between eating disorders and anxiety disorders: A review. *International Journal of Eating Disorders*, 32, 253-270.

Goenjian, A. K., Walling, D., Steinberg, A. M., Karayan, I., Najarian, L. M., & Pynoos, R. 2005 . A prospective study of posttraumatic stress and depressive reactions among treated and untreated adolescent 5 years after a catastrophic disaster. *American Journal of Psychiatry*, 162, 2302-2308.

Goldapple, K., Segal, Z., Garson, C., Lau, M., Bieling, P., Kennedy, S., & Mayberg, H. 2004 . Modulation of cortical-limbic pathways in major depression. *Archives of General Psychiatry*, 61, 34-41.

Goldberg, T. E., & Weinberger, D. R. 2004 . Genes and the parsing of cognitive processes. *Trends in Cognitive Sciences*, 8, 325-335.

Golden, C. J. 1981a . The Luria-Nebraska Children's Battery: Theory and formulation. In G. W. Hynd & J. E. Obrzut Eds. , *Neuropsychological*

assessment and the school-age child: *Issues and procedures*. New York: Grune & Stratton.

Golden, C. J. 1981b . A standardized version of Luna's neuropsychological tests: A quantitative and qualitative approach to neuropsychological evaluation. In S. B. Filskov & T. J. Boil Eds. , *Handbook of clinical neuropsychology*. New York: Wiley.

Golden, C. J., Hammeke, T., & Purisch, A. 1978 . Diagnostic validity of a standardized neuropsychological battery derived from Luria's neuropsychological tests. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 1258-1265.

Golden, R. N., Gaynes, B. N., Ekstrom, R. D., Hamer, R. M., Jacobsen, F. M., Suppes, T., … Nemeroff, C. B. 2005 . The efficacy of light therapy in the treatment of mood disorders: A review and meta-analysis of the evidence. *American Journal of Psychiatry*, 162 4 , 656-662.

Golding, J. M., Smith, G. R., & Kashner, T. M. 1991 . Does somatization disorder occur in men? Clinical characteristics of women and men with unexplained somatic symptoms. *Archives of General Psychiatry*, 48, 231-235.

Goldman-Rakic, P. S., & Selemon, L. D. 1997 . Functional and anatomical aspects of prefrontal pathology in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 23, 437-458.

Goldstein, A. J., & Chambless, D. L. 1978 . A reanalysis of agoraphobic behavior. *Behavior Therapy*, 9, 47-59.

Goldstein, A. J., de Beurs, E., Chambless, D. L., & Wilson, K. A. 2000 . EMDR for panic disorder with agoraphobia: Comparison with waiting list and credible attention placebo control conditions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 947-956.

Goldstein, J. M., Buka, S. L., Seidman, L. J., & Tsuang, M. T. 2010 . Specificity of familial transmission of schizophrenia psychosis spectrum and affective psychoses in the New England Family Study's high-risk design. *Archives of General Psychiatry*, 67, 458-467.

Gomez, E.C., Piedmont, R. L., & Fleming, M. Z. 1992 . Factor analysis of the Spanish version of the WA1S: The Escala de Inteligencia Wechsler para Adultos E1WA . *Psychological Assessment*, 4, 317-321.

Gonzalez, H. M., Vega, W. A., Williams, D. R., Tarraf, W., West, B. T., & Neighbors, H. W. 2010 . Depression care in the United States: Too little for too few. *Archives of General Psychiatry*, 67 1 , 37-46.

Goodkind, M. S., Gyurak, A., McCarthy, M., Miller, B. L., & Levenson, R. W. 2010 . Emotional regulation deficits in frontotemporal lobar degeneration and Alzheimer's disease. *Psychological Aging*, 25, 30-37.

Goodman, G. S., Ghetti, S., Quas, J. A., Edelstein, R. S., Alexander, K. W., Redlich, A. D., … Jones, D. P. H. 2003 . A prospective study of memory for child

sexual abuse: New finding relevant to the repressed-memory controversy. *Psychological Science*, 14, 113-118.

Goodwin, E., & Jamison, K. 1990 . *Manic-depressive illness*. New York: Oxford University Press.

Gopnik, A., Capps, L., & Meltzoff, A. N. 2000 . Early theories of mind: What the theory can tell us about autism. In S. Baren-Cohen, H. Tager-Flusberg, & D. Cohen Eds. , *Understanding Other Minds* 2nd ed., pp.50-72 . Oxford, England: Oxford University Press.

Gordon, K. H., Perez, M., & Joiner, T. E. 2002 . The impact of racial stereotypes on eating disorder recognition. *International Journal of Eating Disorders*, 32, 219-224.

Gotlib, H., & Hamilton, J. P. 2008 . Neuroimaging and depression: Current status and unresolved issues. *Current Directions in Psychological Science*, 17 2 , 159-163.

Gotlib, H., & Joormann, J. 2010 . Cognition and depression: Current status and future directions. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 285-312.

Gottesman, I., L, & Goldsmith, H. H. 1994 . Developmental psychopathology of antisocial behavior: Inserting genes into its ontogenesis and epigenesis. In C. A. Nelson Ed. , *Threats to optimal development*. Hillside, NJ: Lawrence Erlbaum.

Gottesman, I..I., Laursen, T. M., Bertelsen, A., & Mortensen, P. B. 2010 . Severe mental disorders in offspring with 2 psychiatrically ill patients. *Archives of General Psychiatry*, 67, 252-257.

Gottesman, I..I., McGuffin, R, & Farmer, A. E. 1987 . Clinical genetics as clues to the "real" genetics of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13, 23-47.

Goveas, J. S., Espeland, M. A., Woods, N. F., Wassertheil-Smoller, S., & Kotchen, J. M. 2011 . Depressive symptoms and incidence of cognitive impairment and probable dementia in elderly woman: The Women's Health Initiative Memory Study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59 1 , 57-66.

Goyette, C. H., & Conners, C. K. 1977 . *Food additives and hyperkinesis*. Paper presented at the 85th Annual Convention of the American Psychological Association.

Grabe, S., & Hyde, J. S. 2006 . Ethnicity and body dissatisfaction among women in the United States: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 132, 622-640.

Grady, D. 1999 . A great pretender now faces the truth of illness. *New York Times*.

Graham, C. A. 2010 . The DSM diagnostic criteria for female sexual arousal disorder. *Archives of Sexual Behavior*, 39 2 , 240-255.

Graham, J. R. 1988 . *Establishing validity of the revised from of the MMPI*. Symposium presentation at the 96th Annual Convention of the American Psychological Association, Atlanta.

Graham, J. R. 1990 . *MMPI-2: Assessing personality and psychopathology*. New York: Oxford University Press.

Grandin, T. 1986 . *Emergence*: *Labeled autistic*. Novato, CA: Arena Press.

Grandin, T. 1995 . *Thinking in pictures*. New York: Double-day.

Grandin, T. 2008 . *The way I see it*: *A personal look at autism and Asperser's*. Arlington, TX: Future Horizons.

Grant, B. E., & Dawson, D. A. 1997 . Age of onset at alcohol use and its association with DSM-IV alcohol abuse and dependence: Results from the national longitudinal epidemiologic survey. *Journal of Substance Abuse*, 9, 103-110.

Green, J. G., McLaughlin, K. A., Berglund, P. A., Gruber, M. J., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., & Kessler, R. C. 2010 . Childhood adversities and adultpsychiatric disorders in the National Comoribidity Survey Replication: Association with first onset of DSM-IV disorders. *Archives of General Psychiatry*, 67 2 , 113-123.

Green, M. E. 1996 . What are the functional consequences of neurocognitive deficits in schizophrenia? *American Journal of Psychiatry*, 153, 321-330.

Green, M. F., Kern, R. S., Braff, D. L., & Mintz, J. 2000 . Neurocognitive deficits and functional outcome in schizophrenia: Are we measuring the "right stuff? *Schizophrenia Bulletin*, 26, 119-136.

Green, M. F., Marshall, B. D., Wirshing, W. C., Ames, D., Marder, S. R., McGurk, … Mintz, J. 1997 . Does risperidone improve verbal working memory in treatment-resistant schizophrenia? *American Journal of Psychiatry*, 154, 799-804.

Green, R., & Fleming, D. T. 1990 . Transsexual surgery follow-up: Status in the 1990s. In J. Bancroft, C. Davis, & D. Weinstein Eds. , *Annual review of sex research* pp. 163-174 .

Griffin, M. G., Resick, E. A., & Mechanic, M. B. 1997 . Objective assessment of peritraumatic dissociation: Psychophysiological indicators. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1081-1088.

Grillon, C. 2002 . Startle reactivity and anxiety disorders: Aversive conditioning, context, and neurobiology. *Biological Psychiatry*, 52, 958-975.

Grillon, C. M. 2007 . Treatment of binge eating disorder. In S. Wonderlich, J. E. Mitchell, M. D. Zwaan, & H. Steiger Eds. , *Annual review of eating disorders* pp. 23-34 . Oxford, England: Radcliffe.

Grilo, C. M., Shea, M. T., Sanislow, C. A., Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Stout, R. L., …McGlashan, T. 2004 .Two-year stability and change of schizotypal, borderline, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 767-775.

Grilo, C. M., Shiffman, S., & Carter-Campbell, J. T. 1994 . Binge eating antecedents in normal weight nonpurging females: Is there consistency? *International Journal of Eating Disorders*, 16, 239-249.

Grinker, R. R., & Spiegel, J. E 1944 . *Management of neuropsychiatric casualties in the zone of combat Manual of military neuropsychiatry*. Philadelphia: WE. Saunders.

Grinspoon, L., & Bakalar, J. B. 1995 . Marijuana as medicine: A plea for reconsideration. *Journal of the American Medical Association*, 273,1875-1876.

Grippo, A. J. 2009 . Mechanisms underling altered mood and cardiovascular dysfunction: The value of neurobiological and behavioral research with animal models. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 33 2 , 171-180.

Grisham, J. R., Frost, R. O., Steketee, G., Kim, H. J., & Hood, S. 2006 . Age of onset of compulsive hoarding. *Journal of Anxiety Disorders*, 20 5 , 675-686.

Grisso, T., & Appelbaum, P. S. 1991 . Mentally ill and non-mentally ill patients' abilities to understand informed consent disclosures for medication: Preliminary data. *Law and Human Behavior*, 15, 377-388.

Groesz, L. M., Levine, M. P., & Murnen, S. K. 2002 . The effect of experimental presentation of thin media images on body dissatisfaction: A meta-analytic review. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 1-16.

Gross, C., Zhuang, X., Stark, K., Ramboz, S., Oosting, R., Kirby, L., … Hen, R. 2002 . Serotonin lA receptor acts during development to establish normal anxiety-like behaviour in the adult. *Nature*, 416, 396-400.

Grossman, D. 1995 . *On killing: The psychological cost of learning to hill in war and society*. Boston: Little, Brown.

Guastella, A. J., Richardson, R., Lovilbond, P. F., Rapee, R. M., Gaston, J. E., Mitchell, P., & Dadds, M. R. 2008 . A randomized controlled trail of D-cycloserine enhancement of exposure therapy for social anxiety disorder. *Biological Psychiatry*, 63, 544-549.

Gum, A. M., King-Kallimanis, B., & Kohn, R. 2009 . Prevalence of mood, anxiety, and substance-abuse disorders for older Americans in the National Comorbidity Survey-Replication. *American Journal of Psychiatry*, 17 9 , 769-781.

Gunn, J. 1993 . Castration is not the answer. *British Medical Journal*, 307, 790-791.

Guo, X., Zhai, J., Liu, Z., Fang, M., Wang, B., Wang, C., Hu, B., Sun, X., et al. 2010 . Effect of antipsychotic medication alone vs combined with psychosocial intervention on outcomes of early-stage schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 67, 895-904.

Gur, R. E., & Pearlson, G. D. 1993 . Neuroimaging in schizophrenia research. *Schizophrenia Bulletin*, 19, 337-353.

Gur, R. E., Turetsky, B. L, Cowell, E. E., et al. 2000 . Temporolimbic volume reductions in schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 57, 769-776.

Gustad, J., & Phillips, K. A. 2003 . Axis I comorbidity in body dysmorphic disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 44, 270-276.

Gutman, D. A., & Nemeroff, C. B. 2003 . Persistent central nervous system effects of an adverse early environment: Clinical and preclinical studies. *Physiology and Behavior*, 79,471-476.

Guyll, M., Matthews, K. A., & Bromberger, J. T. 2001 . Discrimination and unfair treatment: Relationship to cardiovascular reactivity among African American and European American women. *Health Psychology*, 20, 315-325.

Haaga, D. A. E, Dyck, M. J., & Ernst, D. 1991 . Empirical status of cognitive theory of depression. *Psychological Bulletin*, 110, 215-236.

Haaga, D. A. E, & Stiles, W. B. 2000 . Randomized clinical trials in psychotherapy research: Methodology, design, and evaluation. In R. E. Ingram, & C. Snyder Eds. , *Handbook of psychological change*: *Psychotherapy processes & practices for the 21st century* pp. 14-39 . New York, NY, John Wiley & Sons, Inc.

Haas, R. H., Townsend, J., Courchesne, E., Lincoln, A. J., Schreibman, L., & Yeung-Courchesne, R. 1996 . Neurologic abnormalities in infantile autism. *Journal of Child Neurology*, 11, 84-92.

Hacking, L 1998 . *Mad travelers*: *Reflections on the reality of transient mental illness*. *Charlottesville*, VA: University Press of Virginia.

Haddock, G., Tarrier, N., Spaulding, W, Yusupoff, L. K., & McCarthy, E. 1998 . Individual cognitive-behavior therapy in the treatment of hallucinations and delusions: A review. *Clinical Psychology Review*, J8, 821-838.

Haedt-Matt, A. A., & Keel, P. K. 2011 . Revising the affect regulation model of binge eating: A meta-analysis of studies using ecological momentary assessment. *Psychological Bulletin*, 137, 660-681.

Hagerman, R. 2006 . Lessons from fragile X regarding neurobiology, autism, and neurodegeneration. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 27, 63-74.

Hall, G. C. 2001 . Psychotherapy research with ethnic minorities: Empirical, ethical, and conceptual issues. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69 3 , 502-510.

Hall, G. C., Hirschman, R., & Oliver, L. L. 1995 . Sexual arousal and arousability to pedophilic stimuli in a community sample of normal men. *Behavior Therapy*, 26 681-694.

Hallmayer, J., Cleveland, S., Torres, A., Philips, J., Cohen, B., Torigoe, T., Miller, J., Fedele, A., et al. 2011 . Genetic heritability and shared environmental factors among twins pairs with autism. *Archives of General Psychiatry*, E1-E8.

Halmi, K. A., Sunday, S. R., Strober, M., Kaplan, A., Wood-side, D. B., Fichter, N., … Kaye, W 2000 . Perfectionism in anorexia nervosa: Variation by clinical

subtype, obsessionality, and pathological eating behavior. *American Journal of Psychiatry*, J57 1799-1805.

Hamer, M., & Chida, Y. 2009 . Physical activity and risk of neurodegenerative disease: A systematic review of prospective evidence. *Psychological Medicine*, 39 1 , 3-11.

Hammen, C. 1997 . Children of depressed parents: The stress context. In S. A. Wolchik, I. N. Sandier Eds. *Handbook of children's coping*: *Linking theory and intervention*. *Issues in clinical child psychology* pp. 131-157 . New York, NY. Plenum Press.

Hammen, C. 2009 . Adolescent depression: Stressful interpersonal contexts and risk for recurrence. *Current Directions in Psychological Science*, 18, 200-204.

Hammen, C., & Brennan, P. 2001 . Depressed adolescents of depressed and nondepressed mothers: Tests of an interpersonal impairment hypothesis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 284-294.

Hankin, B. J., Abramson, L. Y., Moffitt, T. E., Silva, P A., McGee, R., et al. 1998 . Development of depression from preadolescence to young adulthood: Emerging gender differences in a 10-year longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 128-140.

Hankin, B. J., & Abramson, L. Y. 2001 . Development of gender differences in depression: An elaborated cognitive vulnerability-transactional stress theory. *Psychological Bulletin*, 127, 773-796.

Hankin, B. J., Mermelstein, R., & Roesch, L. 2007 . Sex differences in adolescent depression: Stress exposure and reactivity models. *Child Development*, 78, 279-295.

Hansen, W. B. 1992 . School-based substance abuse prevention: A review of the state of the art in curriculum, 1980-1990. *Health Education Research*: *Theory and Practice*, 7, 403-430.

Hansen, W. B. 1993 . School-based alcohol prevention programs. *Alcohol Health and Research World*, IS, 62-66.

Hansen, W. B., & Graham, J. W. 1991 . Preventing alcohol, marijuana, and cigarette use among adolescents: Peer pressure resistance training versus establishing conservative norms. *Preventive Medicine*, 20, 414-430.

Hanson, R. K., & Bussiere, M. T. 1998 . Predicting relapse: A meta-analysis of sexual offender recidivism studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 348-362.

Hanson, R. K., & Harris, A. J. R. 1997 . Voyeurism: Assessment and treatment. In D. R. Laws & W. O'Donohue Eds. , *Sexual deviance* pp. 311-331 . New York: Guilford.

Hardan, A. Y., Minshew, N. J., Harenski, K., & Keshavan, M. S. 2001 . Posterior fossa magnetic resonance imaging in autism. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 666-672.

Harden, K. P., Hill, J. E., Turkheinmer, E., & Emery, R. E. 2008 . Gene-environment correlation and interaction in peer effects on adolescent alcohol and tobacco use. *Behavior Genetics*, 38, 339-347.

Hare, R. D. 2003 . *The Hare psychopathy checklist* rev.ed . Toronto, Canada: Multi-Health System.

Hare, R. D., & Neumann, C. N. 2006 . The PCL-R assessment of psychopathy: Development, structural properties, and new directions. In C. Patrick Ed. , *Handbook of psychopathy* pp. 58-88 . New York: Guilford.

Harenski, C. L., Harenski, K. A., Shane, M. S., & Kiehl, K. A. 2010 . Aberrant neural processing of moral violations in criminal psychopaths. *Journal of Abnormal Psychology*, 119, 863-874.

Hariri, A. R., Drabant, E. M., Munoz, K. E., Kolachana, B. S., Mattay, VS., Egan, M. F, Weinberger, D. R. 2005 . A susceptibility gene for affective disorders and the response of the Human amygdale. *Archives of General Psychiatry*, 62,146-152.

Harkin, A., Connor, T. J., Mulrooney, J., Kelly, J. E, & Leonard, B. E. 2001 . Prior exposure to methylenedioxyamphetamine MDA induces serotonergic loss and changes in spontaneous exploratory and amphetamine-induced behaviors in rats. *Life Sciences*, 68, 1367-1382.

Harrington, A. 2008 . *The cure within*: *A history of mind body medicine*. New York: Norton.

Harris, J. L., Bargh, J. A., & Brownell, K. 2009 . Priming effects of television food advertising on eating behavior. *Health Psychology*, 28, 404-413.

Harrison, P. J., & Weinberger, D. R. 2004 . Schizophrenia genes, gene expression, and neuropathology: On the matter of their convergence. *Molecular Psychiatry*, 1-29.

Harrow, M., Goldberg, J. E., Grossman, L. S., & Meltzer, H. Y. 1990 . Outcome in manic disorders: A naturalistic follow-up study. *Archives of General Psychiatry*, 47, 665-671.

Hart, E. L., Lahey, B. B., Loeber, R., Applegate, B., & Erick, P. J. 1995 . Developmental changes in attention-deficit hyperactivity disorder in boys: A four-year longitudinal study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 23, 729-750.

Hartl, T. L., Duffany, S. R., Allen, G. J., Steketee, G., & Frost, R. O. 2005 . Relationships among compulsive hoarding, trauma, and attention-deficit/hyperactivity disorder. *Behavior Research and Therapy*, 43 2 , 269-276.

Hartmann. U., Heiser, K., Ruffer-Hesse, C., & Kloth, G. 2002 . Female sexual desire disorders: Subtypes, classification, personality factors and new directions for treatment. *World Journal of Urology*, 20, 79-88.

Hartz, D. T., Fredrick-Osborne, S. L., & Galloway, G. P 2001 . Craving predicts use during treatment for methamphetamine dependence: A prospective repeated-measures, within-subjects analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 63, 269-276.

Harvard Mental Health Letter. 1995, July . S*chizophrenia update*-Part H, 12, 1-5.

Harvey, A. G., & Bryant, R. A. 2002 . Acute stress disorder: A synthesis and critique. *Psychological Bulletin*, 128, 886-902.

Harvey, A. G., Mullin, B. C., & Hinshaw, S. P. 2006 . Sleep and circadian rthyms in children and adolescents with bipolar disorder. *Development and Psychopathology*, 18, 1147-1168.

Harvey, A. G., Watkins, E., Mansell, W., & Shafran, R. 2004 . *Cognitive behavioural processes across psychological disorders: A transdiagnostic approach to research and treatment*. Oxford, England: Oxford University Press.

Harvey, P. D., Green, M. E, Keefe, R. S. I., & Velligan, D. 2004 . Changes in cognitive functioning with risperidone and olanzapine treatment: A large-scale, double-blind, randomized study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65,361-372.

Harvey, P. D., Green, M. E., McGurk, S., & Meltzer, H. Y. 2003 . Changes in cognitive functioning with risperidone and olanzapine treatment: A large-scale, double-blind, randomized study. *Psychopharmacology*, 169,404-411.

Hasin, D. E., Stinson, F. S., Ogburn, E., & Grant, B. F. 2007 . Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV alcohol abuse and dependence in the United Status: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Archives of General Psychiatry*, 64, 830-842.

Haslam, C., Brown, S., Atkinson, S., & Haslam, R. 2004 . Patients' experiences of medication for anxiety and depression: Effects on working life. *Family Practice*, 21,204-212.

Hathaway, S. R., & McKinley, J. C. 1943 . *MMPI manual*. New York: Psychological Corporation.

Hawkins, J. D., Graham, J. W., Maguin, E., Abbott, R., et al. 1997 . Exploring the effects of age of alcohol use initiation and psychosocial risk factors on subsequent alcohol misuse. *Journal of Studies on Alcohol*, 58, 280-290.

Hawton, K., Catalan, J., Martin, P., & Fagg, J. 1986 . Long-term outcome of sex therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 665-675.

Hayes, R. D., Dennerstein, L., Bennett, C. M., Slidat, M., Gurrin, L. C., & Fairley, C. K. 2008 . Risk factors for female sexual dysfunction in the general population: Exploring factors associated with low sexual function and sexual distress. *Journal of Sexual Medicine*, 5 7 , 1681-1693.

Hayes, S. C. 2005 . *Get out of your mind and into your life*: *The new acceptance and commitment therapy*. Oakland, CA: New Harbinger.

Hayes, S. C., Masuda, A., Bissett, R., Luoma, J., & Guer-rero, L. E 2004 . DBT, FAR and ACT: How empirically oriented are the new behavior therapy technologies? *Behavior Therapy*, 35, 35-54.

Haynes, S. N., & Horn, W. E 1982 . Reactivity in behavioral observation: A review. *Behavioral Assessment*, 4,369-385.

Hazel, N. A., Hamman, C., Brennan, P. A., & Najman, J. 2000 . Early childhood adversity and adolescent depression: The mediating role of continued stress. *Psychological Medicine*, 38, 581-589.

Hazlett, H. C., Poe, M. D., Gerig, G., Styner, M., Chappell, C., Smith, R., G., … Priven, J. 2011 . Early brain overgrowth in autism associated with an increase in cortical surface area before age 2 years. *Archives of General Psychiatry*, 48, 467-476.

Heatherton, T. E., & Baumeister, R. E 1991 . Binge eating as escape from self-awareness. *Psychological Bulletin*, 110, 86-108.

Heatherton, T. E, Herman, C. P, & Polivy, J. 1991 . Effects of physical threat and ego threat on eating behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 138-143.

Heinrichs, R. W., & Zakzanis, K. K. 1998 . Neurocognitive deficits in schizophrenia: A qualitative review of the evidence. *Neuropsychology*, 12, 426-445.

Heinssen, R. K., Liberman, R. P., & Kopelowicz, A. 2000 . Psychosocial skills training for schizophrenia: Lessons from the laboratory. *Schizophrenia Bulletin*, 26, 21-46.

Heiss, G., Wallace, R., Anderson, G. L., Argaki, A., Beresford, S. A. A., et al. 2008 . Health risks and benefits 3 years after stopping randomized treatment with estrogen and progestin. *Journal of the American Medical Association*, 299, 1036-1045.

Heller, T. L., Baker, B. L., Henker, B., & Hinshaw, S. P. 1996 . Externalizing behavior and cognitive functioning from preschool to first grade: Stability and predictors. *Journal of Clinical Child Psychology*, 25, 376-387.

Helmuth, L. 2003 . In sickness or in health?. *Science*, 302 5646 , 808-810.

Henggeler, S. W., & Scheidow, A. J. 2010 . Mutisystemic therapy with substance abusing adolescence: A synthesis of the research. In N. Jainchill Ed. , *Understanding and treating substance use disorders*. Kingston. NJ: Civic Research Institute.

Henggeler, S. W., Schoenwald, S. D., Borduin, C. M., Rowland, M. D., & Cunningham, P. B. 1998 . *Multisystemic treatment of antisocial behavior in children and adolescents*. New York: Guilford.

Henningfield, J. E., Michaelides, T., & Sussrnan, S. 2000 . Developing treatment for tobacco addicted youth issues and challenges. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 9, 5-26.

Henriques, G., Brown, G. K., & Beck, A. T. 2005 . Suicide attempter's reaction to survival as a risk factor for eventual suicide. *American Journal of Psychiatry*, 162, 2180-2182.

Herbenick, D., Reece, M., Schick, V., Sanders, S. A., Dodge, B., & Fortenberry, J. D. 2010a . An event-level analysis of the sexual characteristics and composition among adults ages 18 to 59: Results from a national probability sample in the United States. *Journal of Sexual Medicine*, 7 Suppl.5 , 346-361.

Herbenick, D., Reece, M., Schick, V., Sanders, S. A., Dodge, B., & Fortenberry, J. D. 2010b . Sexual behavior in the United States: Results from a national probability sample of men and women ages 14-49. *Journal of Sexual Medicine*, 7 Suppl.5 , 225-265.

Herbert, M. A., Gerry, N. P., McQueen, I. M., Heid, A. P., Illig, T., et al. 2006 . Common genetic variant is associated with adult and childhood obesity. *Science*, 312, 279-312.

Herdt, G. H. Ed. . 1984 . *Ritualized homosexuality in Melanesia*. Berkeley: University of California Press.

Herman, C. P, Polivy, J., Lank, C., & Heatherton, T. E 1987 . Anxiety, hunger, and eating. *Journal of Abnormal Psychology*, 96, 264-269.

Herman, J. L, Perry, J. C., & van der Kolk, B. A. 1989 . Childhood trauma in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 146, 490-495.

Hermans, D., Engelen, U., Grouwels, L., Joos, E., Lemmens, J., & Pieters, G. 2008 . Cognitive confidence in obsessive-compulsive disorder: Distrusting perception, attention and memory. *Behaviour Research and Therapy*, 46 1 , 98-113.

Herpetz, S. C., Dietrich, T. M., Wenning, B., Krings. T., Erberich, S. G., Willmes, K., … Sass, H. 2001 . Evidence of abnormal amygdala functioning in borderline personality disorder: A functional MR1 study. *Biological Psychiatry*, 50, 292-298.

Hersen, M., & Barlow, D. H. 1976 . *Single case experimental designs*; *Strategies for studying behavior change*. New York: Pergamon.

Herzog, D. B., Greenwood, D. N., Dorer, D. J., Flores, A. T., Ekeblad, E. R., Richards, A., … Keller, M. B. 2000 . Mortality in eating disorders: A descriptive study. *International Journal of Eating Disorders*, 28,20-26.

Heston, L. L. 1966 . Psychiatric disorders in foster home reared children of schizophrenic mothers. *British Journal of Psychiatry*, 112, 819-825.

Hettama, J. M., Neale, M. C., & Kendler, K. S. 2001 . A review and meta-analysis of the genetic epidemiology of the anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1568-1578.

Hettama, J. M., Prescott, C. A., Myers, J. M., Neale, M. C., & Kendler, K. S. 2005 . The structure of genetic and environmental risk factors for anxiety disorders in men and women. *Archives of General Psychiatry*, 62, 182-189.

Heuser, I., Yassouridis, A., & Holsboer, F. 1994 . The combined dexamethasone CRH test: A refined laboratory test for psychiatric disorders. *Journal of Psychiatric Research*, 28, 341-346.

Heyman, I., Fombonne, E., Simmons, H., Ford, T., Meltzer, H., & Goodman, R. 2003 . Prevalence of obsessive-compulsive disorder in the British nationwide survey of child mental health. *International Review of Psychiatry*, 15, 178-184.

Heyn, P., Abreu, B. C., & Ottenbacker, K. J. 2004 . Meta-analysis: The effects of exercise training on elderly persons with cognitive impairment and dementia: A meta-analysis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 85, 1694-1704.

Hibbeln, J. R., Nieminen, L. R. G., Blasbalg, T. L., Riggs, J. A., & Lands, W. E. M. 2006 . Healthy intakes of n-3 and n-6 fatty acids; Estimations considering worldwide diversity. *Journal of Clinical Nutrition*, 83, 14835-14935.

Hietala, J., Syvalahti, E., Vuorio, K., Nagren, K., Lehikoinen, E, et al. 1994 . Striatal D2 dopamine receptor characteristics in drug-naive schizophrenic patients studied with positive emission tomography. *Archives of General Psychiatry*, 51, 116-123.

Hill, A., Briken, E, Kraus, C., Strohm, K., & Berner, W. 2003 . Differential pharmacological treatment of paraphilias and sex offenders. International *Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 47 4 , 407-421.

Hingson, R. W., Edwards, E. M., Heeren, T., & Rosenbloom, D. 2009 . Age of drinking onset and injuries, motor vehicle crashes, and physical fights after drinking and when not drinking. *Alcoholism*, *Clinical and Experimental Research*, 33, 783-790.

Hinshaw, S. P. 1987 . On the distinction between attentional deficits/hyperactivity and conduct problem/aggression in child psychopathology. *Psychological Bulletin*, 101, 443-463.

Hinshaw, S. E. 2002 . Preadolescent girls with attention-deficit/hyperactivity disorder: I. Background characteristics, comorbidity, cognitive and social functioning, and parenting practices. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 1086- 1098.

Hinshaw, S. P. 2007 . *The mark of shame*: *The stigma of mental illness and an agenda for change*. New York: Oxford University Press.

Hinshaw, S. P., Carte, E. T., Sami, N., Treuting, J. J., & Zupan, B. A. 2002 . Preadolescent girls with attention-deficit/hyperactivity disorder: II. Neuropsychological performance in relation to subtypes and individual classification. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 1099-1111.

Hinshaw, S. P., & Lee, S. S. 2003 . Oppositional defiant and conduct disorders. In E. J. Mash & R. A. Barkley Eds. , *Child Psychopathology* 2nd ed., pp. 144-198 . New York: Guilford.

Hinshaw, S. P., & Melnick, S. M. 1995 . Peer relationships in boys with attention-deficit hyperactivity disorder with and without comorbid aggression. *Development and Psychopathology*, 7, 627-647.

Hinshaw, S. P., Owens, E. B., Sami, N., & Fargeon, S. 2006 . Prospective follow-up of girls with attention-deficit/hyperactivity disorder into adolescence: Evidence for continuing cross-domain impairment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 489-499.

Hinshaw, S. P., Owens, E. B., Wells, K. C., et al. 2000 . Family processes and treatment outcome in the MTA: Negative/Ineffective parenting practices in relation to multimodal treatment. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28, 555-568.

Hinshaw, S. P., Zupan, B. A., Simmel, C., Nigg, J. T., & Melnick, S. 1997 . Peer status in boys with and without Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: Predictions from overt and covert antisocial behavior, social isolation, and authoritative parenting beliefs. *Child Development*, 68, 880-896.

Hinton, D., Ba, E., Feou, S., & Urn, K. 2000 . Panic disorder among Cambodian refugees attending a psychiatric clinic. *General Hospital Psychiatry*, 22, 437- 444.

Hinton, E., Um, K., & Ba, E. 2001 . Kyol Com 'Wind Overload' Part II: Prevalence, characteristics, and mechanisms of Kyol Goeu and near Kyol Goeu episodes of Khmer patients attending a psychiatric clinic. *Transcultural Psychiatry*, 38, 433-460.

Hirsch, C. R., & Clark, D. M. 2004 . Mental imagery and social phobia. In J. Yiend Ed. , *Cognition*, *emotion and psychopathology*: *Theoretical*, *empirical and clinical directions* pp. 232-250 . Cambridge, England: Cambridge University Press.

Ho, B. C., Milev, P., O'Leary, D. S., Librant, A., Flaum, M., Andreasen, N. C., & Wassink, T. 2006 . Cognitive and magnetic resonance imaging brain morphometric correlates of brain-derived neurotrophic factor Val66Met gene polymorphism in patients with schizophrenia and healthy volunteers. *Archives of General Psychiatry*, 63, 731-740.

Ho, B. C., Nopoulos, P., Flaum, M., Arndt, S., & Andreasen, N. C. 1998 . Two-year outcome in first- episode schizophrenia: Predicative value of symptoms for quality of life. *American Journal of Psychiatry*, 155, 1196-1201.

Hobson, R. P., & Lee, A. 1998 . Hello and goodbye: A study of social engagement in autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 28, 117-127.

Hodges, E. L., Cochrane, C. E., & Brewerton, T. D. 1998 . Family characteristics of binge-eating disorder patients. *International Journal of Eating Disorders*, 23, 145-151.

Hoebel, B. G., & Teitelbaum, E. 1966 . Weight regulation in normal and hypothalamic hyperphagic rats. *Journal of Comparative and Physiological Psychology*, 61, 189-193.

Hoek, H. W., & van Hoeken, D. 2003 . Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 34, 383-396.

Hoffman, E. J., & Mathew, S. J. 2008 . Anxiety disorders: A comprehensive review of pharmacotherapies. *Mount Sinai Journal of Medicine*, 75, 284-262.

Hofmann, S. G., Levitt, J. T, Hoffman, E. C., Greene, K., Litz, B. T., & Barlow, D. H. 2001 . Potentially traumatizing events in panic disorder and other anxiety disorders. *Depression and Anxiety*, 13, 101-102.

Hofmann, S. G., Meuret, A. E., Smits, J. A, J., Simon, N. M., Pollack, M. H., Eisenmenger, K., … Otto, M. W. 2006 . Augmentation of exposure therapy with D-cycloserine for social anxiety disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63, 298-304.

Hofmann, S. G., & Smits, J. A. 2008 . Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: A meta-analysis of randomized placebo-controlled trails. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69 4 , 621-632.

Hogarty, G. E., Anderson, C. M., Reiss, D. J., Kornblith, S. J., Greenwald, D. P, et al. 1986 . Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia: 1. One-year effects of a controlled study on relapse and expressed emotion. *Archives of General Psychiatry*, 43, 633-642.

Hogarty, G. E., Anderson, C. M., Reiss, D. J., Kornblith, S. J., Greenwald, D. E., Ulrich, R. E, Carter, M., & The Environmental-Personal Indicators in the Course of Schizophrenia EPICS Research Group. 1991 . Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 48, 340-347.

Hogarty, G. E., Flesher, S., Ulrich, R., et al. 2004 . Cognitive enhancement therapy for schizophrenia: Effects of a 2-year randomized trial on cognition and behavior. *Archives of General Psychiatry*, 61, 866-876.

Holder, H. D., Longabaugh, R., Miller, W. R., & Rubonts, A. V. 1991 . The cost effectiveness of treatment for alcoholism: A first approximation. *Journal of Studies on Alcohol*, 52, 517-540.

Hollander, E., Allen, A., Kwon, J., Aronowitz, B., Schmeidler, J., Wong, C., & Simeon, D. 1999 . Clomipramine vs desipramine crossover trail in body dysmorphic disorder: Selective efficacy of a serotonin reuptake inhibitor in imagined ugliness. *Archives of General Psychiatry*, 56 11 , 1033-1039.

Hollingshead, A. B., & Redlich, E. C. 1958 . *Social class and mental illness*: *A community study*. New York: Wiley.

Hollon, S., & DeRubeis, R. 2003 . *Cognitive therapy for depression*. Presentation at the annual conference of the American Psychiatric Association, Philadelphia.

Hollon, S., & DeRubeis, R. J., Shelton, R. C., Amsterdam, J. D., Salomon, R. M., & O'Rearddon, J. P. 2005 . Prevention of relapse following cognitive therapy vs medications in moderate to severe depression. *Archives of General Psychiatry*, 62, 417-422.

Hollon, S. D., Haman, K. L, & Brown, L. L. 2002 . Cognitive-behavioral treatment of depression. In C. L. Hammen & I. H. Gotlib Eds , *Handbook of depression*. pp. 383-403 . New York: Guilford.

Hollon, S. D., Stewart, M. O., & Strunk, D. 2006 . Enduring effects for cognitive behavior therapy in the treatment of depression and anxiety. *Annual Review of Psychology*, 57, 285-315.

Hollon, S. D., Thase, M. E., & Markowitz, J. C. 2002 . Treatment and prevention of depression. *Psychological Science in the Public Interest*, 3, 39-77.

Holm, V A., & Varley, C. K. 1989 . Pharmacological treatment of autistic children. In G. Dawson Ed. , *Autism*: *Nature*, *diagnosis*, *and treatment* pp. 386-404 . New York: Guilford.

Holmes, C., Boche, D., Wilkinson, D., Yadegarfar, G., Hopkins, V., Bayer, A., … Nicoll, J. 2008 . Long-term effects of AB42 immunisation in Alzheimer's disease: Follow-up of a randomized, placebo-controlled phase I trail. *Lancet*, 372 9634 , 216-223.

Hope, D. A., Heimberg, R. G., & Bruch, M. A. 1995 . Dismantling cognitive-behavioral group therapy for social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 637-650.

Hopwood, C. J., & Zanarini, M. C. 2010 . Borderline personality traits and disorder: Predicting prospective patient functioning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78 4 , 585-589.

Horan, W. P., Kring, A. M., & Blanchard, J. J. 2006 . Anhedonia in schizophrenia: A review of assessment strategies. *Schizophrenia Bulletin*, 32, 259-273.

Horan, W. P., Kring, A. M., Gur, R. E., & Blanchard, J. J. 2011 . Development and psychometric evaluation of the clinical assessment interview for negative symptoms CAINS . *Schizophrenia Research*.

Horowitz, J. L., & Garber, J. 2006 . The prevention of depressive systems in children and adolescents: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 401-415.

Horton, A. M. J. 2008 . The Halstead-Reitan Neuropsychological Test Battery: Past, present, and future. In A. M. Horton & D. Wedding Eds. , *The neuropsychology handbook* 3rd ed., pp.251-278 . New York: Springer.

Horwitz, B., Ramsy, J. M., & Donahue, B. C. 1998 . Functional connectivity of the angular gyrus in normal reading and dyslexia. *Proceedings of the National Academy of Science*, 95, 8939-8944.

Houenous, J., Frommberger, J., Carde, S., Glasbrenner, M., Diener, C., Leboyer, M., & Wessa, M. 2011 . Neuroimaging-based markers of bipolar disorder: Evidence from two meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 132 3 , 344-355.

Houts, A, C. 2001 . Harmful dysfunction and the search for value neutrality in the definition of mental disorder: Response to Wakefield, Part 2. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 1099-1132.

Howlin, P., & Goode, S., Hutton, J., & Rutter, M. 2004 . Adult outcome or children with autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 212-229.

Howlin, P., Mawhood, L., & Rutter, M. 2000 . Autism and developmental receptive language disorder-A follow-up comparison in early adult life. II. Social, behavioral, and psychiatric outcomes. *Journal of Child Psychiatry and Psychology*, 41, 561-578.

Hoza, B., Murray-Close, D., Arnold, L. E., Hinshaw, S. P., Hechtmen, L., & the MTA cooperative Group 2010 . Time-dependent changes in positive illusory self-perceptions of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: A developmental psychopathology perspective. *Developmental and Psychopathology*, 22, 375-390.

Hser, Y., Anglin, M. D., & Powers, K. 1993 . A 24-year follow-up of California narcotics addicts. *Archives of General Psychiatry*, 50, 577-584.

Hsu, L. K. G. 1990 . *Eating disorders*. New York: Guilford.

Hu, W. T., Seelaar, H., Josephs, K. A., Knopman, D. S., Boeve, B. F., Sorenson, E. J., … Grossman, M. 2009 . Survival profiles of patients with frontotemporal dementia and motor neuron disease. *Archives of Neurology*, 66 11 , 1359-1364.

Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope, H. G., & Kessler, R. C. 2007 . The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychology*, 61, 348-358.

Hudson, J. I., Lalonde, J. K., Berry, J. M., Pindyck, L. J., Bulick, C., et al. 2006 . Binge-eating disorder as a distinct familial phenotype in the obese. *Archives of General Psychology*, 63, 3138-3319.

Huesmann, L. R., & Miller, L. S. 1994 . Long-term effects of repeated exposure to media violence in childhood. In L, R. Huesmann Ed. , *Aggressive behavior: Current perspectives* pp. 153-186 . New York: Plenum.

Huether, G., Zhou, D., & Ruther, E. 1997 . Causes and consequences of the loss of serotonergic presynapses elicited by the consumption of methylenedioxymethamphetamine MDMA, "ecstasy" and its congeners. *Journal of Neural Transmission*, 104, 771-794.

Hughes, C., & Agran, M. 1993 . Teaching persons with severe disabilities to use self-instruction in community settings: An analysis of applications. *The Journal of the Association for Persons with Severe Handicaps*, 18, 261-274.

Hughes, C., Hugo, K., & Blatt, J. 1996 . Self-instructional intervention for teaching generalized problem-solving within a functional task sequence. *American Journal on Mental Retardation*, 100, 565-579.

Hughes, J., Stead, L., & Lancaster, T. 2004 . Antidepressants for smoking cessation. *Cochrane Database Systematic Reviews*, CD000031.

Hughes, J. R., Higgins, S. T., & Hatsukami, D. K. 1990 . Effects of abstinence from tobacco: A critical review. In L. T. Kozlowski, H. Annis, H, D. Cappell, F. Glaser, M. Goodstadt, Y. Israel, H. Kalant, E. M. Sellers, & J. Vingilis Eds. , *Research advances in alcohol and drug problems*. New York: Plenum.

Huijbregts, S. C. J., de Sonneville, L. M. J., Licht, R., van Spronsen, E J., Verkerk, P. H., & Sergeant, J. A. 2002 . Sustained attention and inhibition of cognitive interference in treated phenylketonuria: Associations with concurrent and lifetime phenylalanine concentrations. *Neuropsychologia*. 40, 7-15.

Hulley, S. Grady, D., Bush, T., Furberg, C., Herrington, D., Riggs, B., & Vittinghoff, E. 1998 . Randomized trial of estrogen plus progestin for secondary prevention of coronary heart disease in postmenopausal women. Heart and Estrogen/progestin Replacement Study HERS Research Group. *Journal of the American Medical Association*, 280, 605-613.

Hunsley, J., & Bailey, J. M. 1999 . The clinical utility of the Rorschach: Unfulfilled promises and an uncertain future. *Psychological Assessment*, 11, 266-277.

Hunter, R., & Macapline, I. 1963 . *Three hundred years of psychiatry 1535-1860*. Oxford, England: Oxford University Press.

Huntjen, R. J. C., Postma, A., Peters, M. L., Woertman, L., & Van der Hart, O. 2003 . Interidentity amnesia for neutral, episodic information in dissociative identity disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 112, 290-297.

Hurlburt, R. T. 1979 . Random sampling of cognitions and behavior. *Journal of Research on Personality*, 13, 103-111.

Hurlburt, R. T. 1997 . Randomly sampling thinking in the natural environment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 941-949.

Hussong, A. M., Hicks, R. E., Levy, S. A., & Curran, P. J. 2001 . Specifying the relations between affect and heavy alcohol use among young adults. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 449-461.

Hustvedt, A. 2011 . *Medical muses*: *Hysteria in nineteenth century Paris*. New York: Norton.

Hwang, J. P., Tsai, S. J., Yang, C. H., Liu, K. M., & Lirng, J. F. 1998 . Hoarding behavior in dementia. A preliminary report. *American Journal of Geriatric Psychiatry*: *Official Journal of the American association for Geriatric Psychiatry*, 6 4 , 285-289.

Hyman, S. E. 2002 . Neuroscience, genetics, and the future of psychiatric diagnosis. *Psychopathology*, 35, 139-144.

Hyman, S. E. 2010 . The diagnosis of mental disorders: The problem of reification. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 155-179.

Lervolino. A. C., Rijsdijk, F. V., Cherkas, L., Fullana, M. A., & Mataix-Cols, D. 2011 . A multivariate twin study of obsessive-compulsive system dimensions. *Archives of General Psychiatry*, 68 6 , 637-644.

IMS Health 2000 . *Top 10 therapeutic classes by U. S. dispensed prescriptions*. http://www.hmshealth.com.

Indovina, I., Robbins, T. W., Nunez-Elizalde, A. O., Dunn, B. D., & Bishop, S. J. 2011 . Fear-conditioning mechanisms associated with trait vulnerability to anxiety in humans. *Neuron*, 69 3 , 563-571.

Inouye, S. K., Bogardus, S. T., Jr., Charpentier, P. A., Leo-Summers, L., Acampora, D., Holford, T. R., & Cooney, L. M., Jr. 1999 . A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients. *New England Journal of Medicine*, 340, 669-676.

Insel, T. R., Scanlan, J., Champoux, M., & Suomi, S. J. 1988 . Rearing paradigm in a nonhuman primate affects response to B-CCE challenge. *Psychopharmacology*, 96, 81-86.

Institute of Medicine. 1990 . *Treating drug problems*. Washington, DC: National Academy Press.

Institute of Medicine. 1999 . *Marijuana and medicine*: *Assessing the science base*. Washington, DC: National Academy Press.

Institute of Medicine 2004 . *Immunization safety review*: *Vaccines and autism*. *Immunization Safety Review Board on Health Promotion and Disease Prevention*. Washington, DC: National Academies Press.

Ipser, J. C., Sander, C., & Stein, D. J. 2009 . Pharmacotherapy and psychotherapy for body dysmorphic disorder. *The Cochrane library*, Issue I, CD005332.

Irvin, J. E., Bowers, C. A., Dunn, M. E., & Wang, M. C. 1999 . Efficacy of relapse prevention: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 563-570.

Irwin, M., Lovitz, A., Marder, S. R., Mintz, J., Winslade, W J., van Putten, T., & Mills, M. J. 1985 . Psychotic patients' understanding of informed consent. *American Journal of Psychiatry*, 142, 1351-1354.

Ishikawa, S. S., Raine, A., Lencz, T., Bihrle, S., & Lacasse, L. 2001 . Autonomic stress reactivity and executive functions in successful and unsuccessful criminal psychopaths from the community. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 423-432.

Ito, T., Miller, N., & Pollock, V. 1996 . Alcohol and aggression: A meta-analysis on the moderating effects of inhibitory cues, triggering events, and self-focused attention. *Psychological Bulletin*, 120, 60-82.

Ivanoff, A., Jang, S. J., Smyth, N. J., & Linehan, M. M. 1994 . Fewer reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: The Brief Reasons for Living Inventory. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 16, 1-13.

Ivarsson, T., Rastam, M., Weitz, E., Gilberg, I. C., & Gilberg, G. 2000 . Depressive disorders in teenage-onset anorexia nervosa: A controlled longitudinal, partly community-based study. *Comprehensive Psychiatry*, 41, 398-403.

Jack, C. R., Jr., Albert, M. S., Knopman, D. S., Mckhann, G. M., Sperling, R. A., Carrillo, M. C., … Phelps, C. H. 2011 . Introduction to the recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. Alzheimer's and Dementia: *The Journal of Alzheimer's Association*, 7 3 , 257-262.

Jackson, C. 1997 . Testing a multi-stage model for the adoption of alcohol and tobacco behaviors by children. *Addictive Behaviors*, 22, 1-14.

Jackson, J. C., Gordon, S. M., Hart, R. P., Hopkins, R. O., & Ely, E. W. 2004 . The association between delirium and cognitive decline: A review of the empirical literature. *Neuropsychology Review*, 14, 87-98.

Jackson, K. M., Sher, K. J., & Wood, P. K. 2000 . Trajectories of concurrent substance use disorders: A developmental, typological approach to comorbidity. *Alcoholism*: *Clinical & Experimental Research*, 24, 902-913.

Jacobi, F., Wittchen, H. U., Holting, C., Hofler, M., Pfister, H., Muller, N., & Lieb, F. 2004 . Prevalence, co-morbidity and correlated of mental disorders in the general population: Results from the German Health Interview and Examination Survey. *Psychological Medicine*, 34, 597-611.

Jacobsen, L. K., Southwick, S. M., Kosten, T. R. 2001 . Substance use disorders in patients with posttraumatic stress disorder: A review of the literature. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1184-1190.

Jacobson, N. S., Dobson, K. S., Fruzzetti, A. E., & Schmaling, K. B. 1991 . Marital therapy as a treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 547-557.

Jacobson, N. S., & Conner, E. T. 2000 . Can depression be de-medicalized in the 21st century?: Scientific revolutions, counter-revolutions and the magnetic field of normal science. *Behaviour Research & Therapy*, 38, 103-117.

Jacobson, N. S., Martell, C. R., & Dimidjian, S. 2001 . Behavioral activation treatment for depression: Returning to contextual roots. *Clinical Psychology*: *Science and Practice*, 8, 255-270.

Jacobson, N. S., Roberts, L. J., Berns, S. B., & McGlinchey, J. B. 1999 . Methods for defining and determining the clinical significance of treatment effects: Description, application, and alternatives. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67 3 , 300-307.

Jaffe, J. H. 1985 . Drug addiction and drug abuse. In Goodman & Gilman Eds. , *The pharmacological basis of therapeutic behavior*. New York: Macmillan.

Jaffee, S. R., Moffitt, T. E., Caspi, A., Taylor, A., & Arseneault, L. 2002 . Influence of adult domestic violence on children's internalizing and externalizing problems: An environmentally informative twin study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 1095-1103.

Jak, A. J., Bondi, M. W., Delano-Wood, L., Wierenga, C., Corey-Bloom, J., Salmon, D., & Delis, D. C. 2009 . Quantification of five neuropsychological approaches to defining mild cognitive impairment. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 17 5 , 368-375.

Jamison, K. R. 1992 . *Touched with fire*: *Manic-depressive illness and the artistic temperament*. New York: Free Press.

Jampole, L., & Weber, M. K. 1987 . An assessment of the behavior of sexually abused and nonsexually abused children with anatomically correct dolls. *Child Abuse and Neglect*, 11, 187-192.

Jansen, M. A., Glynn, T., & Howard, J. 1996 . Prevention of alcohol, tobacco and other drug abuse. *American Behavioral Scientist*, 39, 790-807.

Jardri, R., Poucher, A., Pins, D., & Thomas, P. 2011 . Cortical activation during auditory verbal hallucinations in schizophrenia: A coordinate-based meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 168, 73-81.

Jarrell, M. R, Johnson, W. G., & Williamson, D. A. 1986 . *Insulin and glucose response in the binge purge episode of bulimic women*. Paper presented at the annual convention of the Association for Advancement of Behavior Therapy, Chicago.

Jeans, R. F. I. 1976 . An independently validated case of multiple personality. *Journal of Abnormal Psychology*, 85, 249-255.

Jelicic, M., Geraerts, E., Merckelbach, H., & Guerrieri, R. 2004 . Acute stress enhances memory for emotional words, but impairs memory for neutral words. *International Journal of Neuroscience*, 114, 1343-1351.

Jenike, M. A., & Rauch, S. L. 1994 . Managing the patient with treatment-resistant obsessive-compulsive disorder: Current strategies. *Journal of Clinical Psychiatry*, 55, 11-17.

Jensen, P. S., Arnold, L. E., Swanson, J. M., et al. 2007 . 3-year follow-up of the NIMH MTA study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46, 989-1002.

Jensen, P. S., Martin, D., & Cantwell, D. R. 1997b . Co-morbidity in ADHD: Implications for research, practice, and DSM-V. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1065-1079.

Jermgan, D. H., Ostroff, J., Ross, C., & O'Hara, J. III, 2004 . Sex differences in adolescent exposure to alcohol advertising in magazines. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 158, 702-704.

Jerspersen, A. F., Lalumiere, M. L., & Seto, M. C. 2009 . Sexual abuse history among adult sex offenders and non-sex offenders: A meta-analysis. *Child abuse and Neglect*, 33 3 , 179-192.

Jett, D., LaPorte, D. J., & Wanchism, J. 2010 . Impact of exposure to pre-eating disorder websites on eating behaviour in college women. *European Eating Disorders Review*, 18, 410-416.

Jimerson, D. C., Lesem, M. D., Kate, W H., & Brewerton, T. D. 1992 . Low serotonin and dopamine metabolite concentrations in cerebrospinal fluid from bulimic patients with frequent binge episodes. *Archives of General Psychiatry*, 49, 132-138.

Jimerson, D. C., Wolfe, B. E., Metzger, E. D., Finkelstein, D. M., Cooper, T. B., et al. 1997 . Decreased serotonin function in bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 54, 529-536.

Johnson, D. R. 1987 . The role of the creative arts therapist in the diagnosis and treatment of psychological trauma. *The Arts in Psychotherapy*, 14, 7-13.

Johnson, J., Weisstnan, M. M., & Klerman, G. L. 1992 . Service utilization and social morbidity associated with depressive symptoms in the community. *Journal of the American Medical Association*, 267, 1478-1483.

Johnson, S. L. 2005 . Life events in bipolar disorder: Towards more specific models. *Clinical Psychology Review*, 25 8 , 1008-1027.

Johnson, S. L., Cuellar, A. K., & Miller, C. Eds. . 2010 . *Bipolar and unipolar depression: A comparison of clinical phenomenology, biological vulnerability and psychosocial predictors* 2nd ed. . New York: Guilford.

Johnson, S. L., Cuellar, A. K., Kuggero, C., Winett-Perlman, C., Goodnick, P., White, R., & Miller, I. 2008 . Life events as predictors of mania and

depression in bipolar I disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 117 2 , 268-277.

Johnson, S. L., Sandrow, D., Meyer, B., Winters, R., Miller, I., Solomon, D., & Keitner, G. 2000 . Increases in manic symptoms after life events involving goal attainment. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 721-727.

Johnson, W. G., Tsoh, J. Y., & Varnado, P J. 1996 . Eating disorders: Efficacy of pharmacological and psychological interventions. *Clinical Psychology Review*, 16, 457-478.

Johnston, C., & Marsh, E. J. 2001 . Families of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: Review and recommendations for future research. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 4, 183-207.

Joiner, T. E. 1995 . The price of soliciting and receiving negative feedback: Self-verification theory as a vulnerability to depression theory. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 364-372.

Joiner, T. E., Alfano, M. S., & Metalsky, G. I. 1992 . When depression breeds contempt: Reassurance seeking, self-esteem, and rejection of depressed college students by their roommates. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 165-173.

Joiner, T. E. J., Brown, J. S., & Wingate, L. R. 2005 . The psychology and neurobiology of suicidal behavior. *Annual Review of Psychology*, 56, 287-314.

Joiner, T. E., & Metalsky, G. I. 1995 . A prospective test of an integrative interpersonal theory of depression: A naturalistic study of college roommates. *Journal of Personality and Social Psychiatry*, 69, 778-789.

Joiner, T. E., & Metalsky, G. I. 2001 . Excessive reassurance-seeking: Delineating a risk factor involved in the development of depressive symptoms. *Psychological Science*, 12, 371-378.

Joiner, T. E. J., Voelz, Z. R., & Rudd, M. D. 20Q1 . For suicidal young adults with comorbid depressive and anxiety disorders, problem-solving treatment may be better than treatment as usual. *Professional Psychology*: *Research and Practice*, 32, 278-282.

Jones, E., & Wessely, S. 2001 . Psychiatric battle casualties: An intra-and interwar comparison. *British Journal of Psychiatry*, 178, 242-247.

Jones, P. B., Barnes, T. R. E., Davies, L., Dunn, G., Lloyd, H., et al. 2006 . Randomized controlled trail of the effect on quality of life of second-vs first-generation antipsychotic drugs in schizophrenia: Cost Utility of the Last Antipsychotic Drugs in Schizophrenia Study CUtLAss 1 . *Archives of General Psychiatry*, 63, 1079-1087.

Jones, N. C. 2007 . Do words count? Connections between mathematics and reading difficulties. In D. B. Berch & M. M. M. Mazzocco Eds. , *Why is math so hard for some children*? pp. 107-120 . Baltimore: Brooks.

Jorenby, D. E., Leischow, S. J., Nides, M. A., Rennard, S. I., Johnston, J. A., et al. 1999 . A controlled trial of sustained-release buproprion, a nicotine patch, or both for smoking cessation. *New England Journal of Medicine*, 340, 685-691.

Jorm, A. F., Christensen, H., Henderson, A. S., Jacomb, P. A., Korten, A. E., & Rodgers, B. 2000 . Predicting anxiety and depression from personality: Is there a synergistic effect of neuroticism and extraversion? *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 145-149.

Josephs, K. A. 2008 . Frontotemporal dementia and related disorders: Deciphering the enigma. *Annals of Neurology*, 64 1 , 4-14.

Josephs, R. A., & Steele, C. M. 1990 . The two faces of alcohol myopia: Attentional mediation of psychological stress. *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 115-126.

Judd, L. L. 1997 . The clinical course of unipolar depressive disorders. *Archives of General Psychiatry*, 54, 989-992.

Judd, L. L., Akiskal, H. S., Maser, J. D., Zeller, P J., Endicott, J., Coryell, W., … Keller, M. B. 1998 . A prospective 12-year study of subsyndromal and syndromal depressive symptoms in unipolar major depressive disorders. *Archives of General Psychiatry*, 55, 694-701.

Judd, L. L., Akiskal, H. S., Zeller, P. J., Paulus, M. p., Leon, A. C., Maser, J. D., … Keller, M. B. 2000 . Psychosocial disability during the long-term course of unipolar major depressive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 57, 375-380.

Jung, B., & Reindenberg, M. M. 2006 . The risk of action by the Drug Enforcement Administration against physicians prescribing opioids for pain. *Pain Medicine*, 7 4 , 353-357.

Just, N., & Alloy, L. B., 1997 . The response styles theory of depression: Tests and an extension of the theory. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 221-229.

Kable, J. A., & Coles, C. D. 2004 . The impact of prenatal alcohol exposure on neurophysiological encoding of environmental events at six months. *Alcoholism*: *Clinical and Experimental Research*, 28, 489-496.

Kadlic, D., Rawe, J., Park, A., Fonda, D., Cole, W., et al. 2004, May . The low card frenzy. *Time*.

Kafka, M. P. 1997 . Hypersexual desire in males: An operational definition and clinical implications for males with paraphilias and paraphilia-related disorders. *Archives of Sexual Behavior*, 26 5 , 505-526.

Kafka, M. P. 2010 . The DSM diagnostic criteria for fetishism. *Sexual Abuse*: *A Journal of Research and Treatment*, 14 4 , 349-366.

Kafka, M. P., & Hennen, J. 2002 . A DSM-IV axis I comorbidity study of males n= 120 with paraphilias and paraphilia-related disorders. *Archives of Sexual Behavior*, 26 5 , 505-526.

Kagan, J., & Snidman, N. 1999 . Early childhood predictors of adult anxiety disorders. *Biological Psychiatry*, 46, 1536-1541.

Kandel, D. B. 2002 . *Stages and pathways of drugs involvement: Examining the gateway hypothesis*. New York: Cambridge University Press.

Kane, J., Honigfeld, G., Singer, J., Meltzer, H., and the Clozapine Collaborative Study Group. 1988 . Clozapine for treatment resistant schizophrenics. *Archives of General Psychiatry*, 45, 789-796.

Kane, J. M., Marder, S. R., Schooler, N. R., et al. 2001 . Clozapine and haloperidol in moderately refractory schizophrenia: A 6-month randomized and double-blind comparison. *Archives of General Psychiatry*, 58, 965-972.

Kane, P., & Garber, J. 2004 . The relations among depression in fathers, children's psychopathology, and father-child conflict: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 24, 339-360.

Kanner, L. 1943 . Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*, 2, 217-250.

Kanner, L. 1973 . *Childhood psychosis: Initial studies and new insights*. Washington, DC: V H. Winston and Sons.

Kapczinski, F., Lima, M. S., Souza, J. S., Cunha, A., & Schmitt, R. 2002 . Antidepressants for generalized anxiety disorder. *Cochrane Database of Systematic Review* 2 , CD003592.

Kaplan, H. S. 1974 . *The new sex therapy*. New York: Brunner/Mazel.

Kaplan, H. S. 1997 . Sexual desire disorders hypoactive sexual desire and sexual aversion . In G. O. Gabbard & S. D. Atkinson Eds. , *Synopsis of treatments of psychiatric disorders* 2nd ed., pp. 771-780 . Washington, DC: American Psychiatric Press.

Kaplan, M. S., & Kreuger, R. B. 1997 . Voyeurism: Psychopathology and theory. In D. R. Laws & W. O'Donohue Eds. , *Sexual deviance* pp. 297-310 . New York: Guilford.

Kaplow, J. B., & Widom, C. S. 2007 . Age of onset of child maltreatment predicts long-term mental health outcomes. *Journal of Abnormal Psychology*, 116, 176-187.

Karg, K., Burmeister, M., Shedden, K., & Sen, S. 2011 . The serotonin transporter promoter variant 5-HTTLPR , stress, and depression meta-analysis revisited: Evidence of genetic moderation. *Archives of General Psychiatry*, 68, 444-454.

Karkowski, L. M., Prescott, C. A., & Kendler, K. S. 2000 . Multivariate assessment of factors influencing illicit substance use in twins from female-female pairs. *American Journal of Medical Genetics and Neuropsychiatric Genetics*, 96, 665-670.

Karon, B. P., & VandenBos, G. R. 1998 . Schizophrenia and psychosis in elderly populations. In I. H. Nordhus, G. R. VandenBos, S. Berg, & P. Fromholt,

Eds. , *Clinical geropsychology* pp. 219-227 . Washington, DC: American Psychological Association.

Kasari, C., Paparella, T., Freeman, S., & Jahromi, L. B. 2008 . Language outcome in autism: Randomized comparison of joint attention and play interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 125-137.

Kashani, J. H., & Carlson, G. A. 1987 . Seriously depressed preschoolers. *American Journal of Psychiatry*, 144, 348-350.

Kashani, J. H., Holcomb, W. R., & Orvaschel, H. 1986 . Depression and depressive symptoms in preschool children from the general population. *American Journal of Psychiatry*, 143, 1138-1143.

Kashani, J. H., & Orvaschel, H. 1990 , A community study of anxiety in children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 147, 313-318.

Kashden, J., & Franzen, M. D. 1996 . An interrater reliability study of the Luna-Nebraska Neuropsychological Battery Form-11 quantitative scoring system. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 11, 155-163.

Kassel, J. D., & Shiftman, S. 1997 . Attenional mediation of cigarette smoking's effect on anxiety. *Health Psychology*, 16, 359-368.

Kassel, J. D., Stroud, L. R., & Paroms, C. A. 2003 . Smoking, stress, and negative affect: Correlation, causation, and context across stages of smoking. *Psychological Bulletin*, 129, 270-304.

Kassel, J. D., & Unrod, M. 2000 . Smoking, anxiety, and attention: Support for the role of nicotine in attentionally mediated anxiolysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 161-166.

Kassett, J. A., Gershon, E. S., Maxwell, M. E., et al. 1989 . Psychiatric disorders in the first-degree relatives of probands with bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 146, 1468-1471.

Kato, T. 2007 . Molecular genetics of bipolar disorder and depression. *Psychiatry and Clinical Neuroscience*s, 61, 3-19.

Katz, E. C., Gruber, K., Chuluape, M. A., & Stitzer, M. L. 2001 . Reinforcement-based outpatient treatment for opiate and cocaine abusers. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 20, 93-98.

Katz, I. R., Parmelee, P., & Brubaker, K. 1991 . Toxic and metabolic encephalopathies in long-term care patients. *International Psychogeriatrics*, 3, 337-347.

Kawachi, I., Colditz, G. A., Ascherio, A., Rimm, E. B., Gio-vannucci, E„ et al. 1994 . Prospective study of phobic anxiety and risk of coronary heart disease in men. *Circulation*, 89, 1992-1997.

Kawakami, N., Shimizu, H., Haratani, T., Iwata, N., & Ki-tamura, T. 2004 . Lifetime and 6-month prevalence of DSM-II1-R psychiatric disorders in an urban community in Japan. *Psychiatry Research*, 121, 293-301.

Kaye, V. H., Ebert, M. H., Raleigh, M., & Lake, R. 1984 . Abnormalities in CNS monoamine metabolism in anorexia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 41, 350-355.

Kaye, W. H., Greeno, C. G., Moss, H., Fernstrom, J., Lilen-feld, L. R., Wahlund, B., … Mann, J. J. L. 1998 . Alterations in serotonin activity and platelet monoamine oxidase and psychiatric symptoms after recovery from bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 55, 927-935.

Kazdin, A. E. 1985 . *Treatment of antisocial behavior in children and adolescents*. Homewood, IL: Dorsey.

Kazdin, A. E. 2005 . *Parent management training: Treatment for oppositional, aggressive, and antisocial behavior in children and adolescents*. New York: Oxford University Press.

Kazdin, A. E., & Weisz, J. R. 1998 . Identifying and developing empirically supported child and adolescent treatments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 19-36.

Keane, T. M., & Barlow, D. H. 2004 . Posttraumatic Stress Disorder. In D. H. Barlow Ed. , *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* pp. 418-454 . New York: Guilford.

Keane, T. M., Fairbank, J. A., Caddell, J. M., & Zimer-ing, R. T. 1989 . Implosive flooding therapy reduces symptoms of PTSD in Vietnam combat veterans. *Behavior Therapy*, 20, 245-260.

Keane, T. M., Gerardi, R. J., Quinn, S. J., Litz, B. T. 1992 . Behavioral treatment of post-traumatic stress disorder. In S. M. Turner, K. S. Calhoun, & H. E. Adams Eds. , *Handbook of clinical behavior therapy* 2nd ed., pp. 87-97 . New York: John Wiley & Sons.

Keane, T. M., Marshall, A. D., & Taft, C. T. 2006 . Posttraumatic stress disorder: Etiology, epidemiology, and treatment outcome. *Annual Review of Clinical Psychology*, 2, 161-197.

Keane, T. M., Zimering, R. T., & Caddell, J. 1985 . A behavioral formulation of posttraumatic stress disorder in Vietnam veterans. *The Behavior Therapist*, 8, 9-12.

Keefe, R. S. E., Bilder, R. M., Davis, S. M., Harvey, P. D., Palmer, B. W., et al. 2007 . Neurocognitive effects of antipsychotic medications in patients with chronic schizophrenia in the CATIE trial. *Archives of General Psychiatry*, 64, 633-647.

Keel, P. K., Baxter, M. G., Heatherton, T. F., & Joiner, T. E. 2007 . A 20-year longitudinal study of body weight, dieting, and eating disorder systems. *Journal of Abnormal Psychology*, 116, 422-432.

Keel, P. K., & Brown, T. A. 2010 . Update on course and outcome in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 43, 195-204.

Keel, P. K., Gravener, J. A., Joiner, T. E., Jr., & Haedt, A. A. 2010 . Twenty-year follow-up of bulimia nervosa and related eating disorders not otherwise specified. *International Journal of Eating Disorders*, 43, 492-497.

Keel, P. K., & Klump, K. L. 2003 . Are eating disorders culture-bound syndromes? Implications for conceptualizing their etiology. *Psychological Bulletin*, J29, 747-769.

Keel, P. K., & Mitchell, J. E. 1997 . Outcome in bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 154, 313-321.

Keel, P. K., Mitchell, J. E., Davis, T. L., & Crow, S. J. 2002 . Long-term impact of treatment in women diagnosed with bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 151-158.

Keel, P. K., Mitchell, J. E., Miller, K. B., Davis, T. L., & Crowe, S. J. 1999 . Long-term outcome of bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 56, 63-69.

Keilp, J. G., Sackeim, H. A., Brodsky B. S., Oquendo, M. A., Malone, K. M., & Mann, J. J. 2001 . Neuropsychological dysfunction in depressed suicide attempters. *Archives of General Psychiatry*, 158, 735-741.

Keller, M. B., Ryan, N. D., Strober, M., Klein, R. G., Kutcher, S. P., Birmaher, B., et al. 2001 . Efficacy of paroxetine in the treatment of adolescent major depression: A randomized, controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40, 762-772.

Kellerman, J. 1989 . *Silent partner*. New York: Bantam Books.

Kelley, M. L. 1990 . *School-home notes*: *Promoting children's classroom success*. New York: Guilford.

Kellner, C. H., Fink, M., Knapp, R., Petrides, G., Husia, M., Rummans, T., … Malur, C. 2005 . Relief of expressed suicidal intent by ECT: A consortium for research in ECT study. *American Journal of Psychiatry*, 162, 977-982.

Keltner, D., & Kring, A. M. 1998 . Emotion, social function, and psychopathology *Review of General Psychology*, 2, 320-342.

Kempster, N. 1996 . Clinton orders tracking of sex offenders. *Los Angeles Times*, p.A20.

Kempton, M. J., Stahl, D., Williams, S. C., & DeLisi, L. E. 2010 . Progressive lateral ventricular enlargement in schizophrenia: A meta-analysis of longitudinal MRI studies. *Schizophrenia Research*, 120, 54-62.

Kenardy, J., & Taylor, C. B. 1999 . Expected versus unexpected panic attacks: A naturalistic prospective study. *Journal of Anxiety Disorders*, 13, 435-445.

Kendall, P. C., & Beidas, R. S. 2007 . Trail for dissemination of evidence-based practices for youth: Flexibility within fidelity. *Professional*: *Research and practice*, 38, 13-20.

Kendall, P. C., & Ingram, R. E. 1989 . Cognitive-behavioral perspectives: Theory and research on depression and anxiety. In D. Watson & P C. Kendall Eds. ,

Personality, psychopathology, and psychotherapy pp. 27-53 . San Diego CA: Academic Press.

Kendall, P. C., Aschenbrand, S. G., & Hudson, J. L. 2003 . Child-focused treatment of anxiety. In A. E. Kazdin & J. R. Weisz Eds. , *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* pp.81-100 . New York: Guilford.

Kendall, E C., Flannery-Schroeder, E.G., Panichelli-Mindel S., Southam-Gerow, M., Henin, A., & Warman, M 1997 . Therapy for youths with anxiety disorders: A second randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 366-380.

Kendall, P. C., Haaga, D. A. E., Ellis, A., Bernard, M., DiGiuseppe, R., & Kassinove, H. 1995 . Rational-emotive therapy in the 1990s and beyond: Current status, recent revisions, and research questions. *Clinical Psychology Review*, 15, 169-185.

Kendall, P. C., Hudson, J. L., Gosch, E., Flannery-Schroeder, E., & Suvege, C. 2008 . Cognitive-behavioral therapy for anxiety disordered youth: A randomized clinical trail evaluating child and family modalities. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 282-297.

Kendall, E. C., Safford, S., Flannery-Schroeder, E., & Webb, A. 2004 . Child anxiety treatment: Outcomes in adolescence and impact on substance use and depression at 7.4-year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 276-287.

Kendler, K. S. 1997 . The diagnostic validity of melancholic major depression in a population-based sample of female twins. *Archives of General Psychiatry*, 54, 299-304.

Kendler, K. S., & Baker, J. 2007 . Genetic influences on measures of the environment: A systematic review. *Psychological Medicine*, 37, 615-626.

Kendler, K. S., & Gardner, C. O. 1998 . Boundaries of major depression: An evaluation of DSM-1V criteria. *American Journal of Psychiatry*, 155, 172-177.

Kendler, K. S., Gatz, M., Gardner, C. O., & Pedersen, N. L. 2006 . A Swedish national twin study of lifetime major depression. *American Journal of Psychiatry*, 163, 109-114.

Kendler, K. S., Hettema, J. M., Butera, E, Gardner, C. O., & Prescott, C. A. 2003 . Life event dimensions of loss, humiliation, entrapment, and danger in the prediction of onsets of major depression and generalized anxiety. *Archives of General Psychiatry*, 60, 789-796.

Kendler, K. S., Jacobson, K., Myers, J. M., & Eves, L. J. 2008 . A generaticallu informative developmental study of the relationship between conduct disorder and peer deviance in males. *Psychological Medicine*, 38, 1001-1011.

Kendler, K. S., Jacobson, K. C., Prescott, C. A., & Neale, M. C. 2003 . Specificaity of genetic and environmental risk factors for use and abuse/dependence of cannabis, cocaine, hallucinogens, sedatives, stimulants, and opiates in male twins. *American Journal of Psychiatry*, 160, 687-695.

Kendler, K. S., Karkowski-Shuman, L., & Walsh, D. 1996 . Age of onset in schizophrenia and risk of illness in relatives. *British Journal of Psychiatry*, 169, 213-218.

Kendler, K. S., Myers, J., & Prescott, C. A. 2002 . The etiology of phobias: An evaluation of the stress-diathesis model. *Archives of General Psychiatry*, 59, 242-249.

Kendler, K. S., Myers, J., Prescott, C. A., & Neale, M. C. 2001 . The genetic epidemiology of irrational fears and phobias in men. *Archives of General Psychiatry*, 58, 257-267.

Kendler, K. S., & Prescott, C. A. 1998 . Cannabis use, abuse, and dependence in a population-based sample of female twins. *American Journal of Psychiatry*, 155, 1016-1022.

Kendler, K. S., Prescott, C. A., Myers, J., & Neale, M. C. 2003 . The structure of genetic and environmental risk factors for common psychiatric and substance use disorders in men and women. *Archives of General Psychiatry*, 60, 929-937.

Kennedy, E., Spence, S. H., & Hensley, R. 1989 . An examination of the relationship between childhood depression and social competence amongst primary school children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 30, 561-573.

Kerns, J. G., & Berenbaum, H. 2002 . Cognitive impairments associated with formal thought disorder in people with schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 111, 211-224.

Kerns, J. G., & Berenbaum, H. 2003 . The relationship between formal thought disorder and executive functioning component processes. *Journal of Abnormal Psychology*, 112,339-352.

Keshavan, M. S., Rosenberg, D., Sweeney, J. A., & Pettegrew, J. W. 1998 . Decreased caudate volume in narcoleptic-naive psychotic patients. *American Journal of Psychiatry*, 155, 774-778.

Kessler, D. A. 2009 . *The end of overeating*. Emmaus, PA: Rodale.

Kessler, L. 2004, August 22 . Dancing with Rose: A strangely beautiful encounter with Alzheimer's patients provides insights that challenge the way we view the disease. *LA Times Magazine*.

Kessler, R. C. 2003 . Epidemiology of women and depression. *Journal of Affective Disorders*, 74 1 , 5-13.

Kessler, R. C., Akiskal, H. S., Angst, J., Guyer, M., Hirschfeld, R. M. A., Merikangas, K. R., & Stang, P. E. 2000 . Validity of the assessment of

bipolar spectrum disorders in the WHO CIDI 3.0. *Journal of Affective Disorders*, 96, 259-269.

Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K. R., … Wang, P. S. 2003a . The epidemiology of major depressive disorder. *Journal of the American Medical Association*, 289 23 , 3095-3105.

Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K. R., … Wang, P. S. 2003b . The epidemiology of major depressive disorder: Results from the National Comorbidity Survey Replication NCS-R . *Journal of the American Medical Association*, 289 23 , 3095-3105.

Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. 2005 . Lifetime prevalence and age-of0onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 593-602.

Kessler, R. C., Chiu, W. T., Jin, R., Ruscio, A. M., Shear, K., & Walters, E. E. 2006 . The epidemiology of panic attacks, panic disorder, and agoraphobic in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 63, 415-424.

Kessler, R. C., Crum, R. M., Warner, L. A., Nelson, C. B., et al. 1997 . Lifetime co-occurrence of DSM-1IIR alcohol dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Study. *Archives of General Psychiatry*, 54,313-321.

Kessler, R. C., Heeringa, S., Lakoma, M. D., et al. 2008 . Individual and society effects of mental disorders on earnings in the United States: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *American Journal of Psychiatry*, 165, 703-711.

Kety, S. S., Rosenthal, D., Wender, P. H., & Schulsinger, E. 1976 . Mental illness in the adoptive and biological families of adopted individuals who have become schizophrenic. In R. R. Fieve, D. Rosenthal, & H. Brill Eds. , Genetic research in psychiatry. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.

Kety, S., S., Wender, P. H., Jacobsen, B., Ingraham, L. T., Jansson, L, et al. 1994 . Mental illness in the biological and adoptive relatives of schizophrenic adoptees: Replication of the Copenhagen study in the rest of Denmark. *Archives of General Psychiatry*, 51, 442-468.

Keyes, K. M., Martins, S. S., Blanco, C., & Hasin, D. S. 2010 . Telescoping and gender differences in alcohol dependence: New evidence from two national surveys. *American Journal of Psychiatry*, 167, 969-976.

Keys, A., Brozek, J., Hsu, L K. G., McConoha, C. E., & Bolton, B. 1950 . *The biology of human starvation*. Minneapolis: University of Minnesota Press.

Kiecolt-Glaser, J., Dura, J. R., Speicher, C. E., & Trask, O. 1991 . Spousal caregivers of dementia victims: Longitudinal changes in immunity and health. *Psychosomatic Medicine*, 54, 345-362.

Kiecolt-Glaser, J. K., & Glaser, R. 2001 . Stress and immunity: Age enhances the risks. *Current Directions in Psychological Science*, 10, 18-21.

Kiecolt-Glaser, J. K., & Glaser, R. 2002 . Depression and immune function: Central pathways to morbidity and mortality. *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 873-876.

Kieseppa, T., Partonen, T., Haukka, J., Kapiro, J., & Lonqvist, J. 2004 . High concordance of bipolar I disorder in a nationwide sample of twins. *American Journal of Psychiatry*, 161, 1814-1821.

Kiesler, C. A. 1991 . Changes in general hospital psychiatric care. *American Psychologist*, 46, 416-421.

Kihlstrom, J. E 1994 . Dissociative and conversion disorders. In D. J. Stein & J. E. Young Eds. , *Cognitive science and clinical disorders*. San Diego, CA: Academic Press.

Kihlstrom, J. E, Tataryn, D. J., & Holt, L. P. 1993 . Dissociative disorders. In E. B. Sutker & H. E. Adams Eds. , *Comprehensive handbook of psychopathology* pp. 203-234 . New York: Plenum.

Killen, J. D., Fortmann, S. P, Newman, B., & Varady, A. 1990 . Evaluation of a treatment approach combining nicotine gum with self-guided behavioral treatments for smoking relapse prevention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 85-92.

Killen, J. D., Robinson, T. N., Haydel, K. F, Hayward, C., et al. 1997 . Prospective study of risk factors for the initiation of cigarette smoking. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 1011-1016.

Killen, J. D., Taylor, C. B., Hayward, C., Haydel, K. F, Wilson, D. M., Hammer, L., … Strachowski, D. 1996 . Weight concerns influence the development of eating disorders: A 4-year prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 936-940.

Killen, J. D., Taylor, C. B., Hayward, C., Wilson, D. M., Haydel, K. E, et al. 1994 . Pursuit of thinness and onset of eating disorders in a community sample of adolescent girls. *International Journal of Eating Disorders*, 16, 227-238.

Kim, E. 2005 . The effect of the decreased safety behaviors on anxiety and negative thoughts in social phobics. *Journal of Anxiety Disorders*, 19, 69-86.

Kim, E. D., & Lipshultz, L. I. 1997 . Advances in the evaluation and treatment of the infertile man. *World Journal of Urology*, 15,378-393.

Kim, J. E., Steketee, G., & Frost, R. O. 2001 . Hoarding by elderly people. *Health and Social Work*, 26 3 , 176-184.

Kim, M. J., Loucks, R. A., Palmer, A. L., Brown, A. C., Solomon, K. M., Marchante, A. N., & Whalen, P. J. 2011 . The structural and functional

connectivity of the amygdale: From normal emotion to pathological anxiety. *Behavioral Brain Research*, 10, 1016-1024.

Kim, Y. S., Leventhal, B. L., Koh, Y. J., Fombonne, E., Laska, E., Lim, E. C., … Grinker, R. R. 2011 . Prevalence of autism spectrum disorders in a total population sample. *American Journal of Psychiatry in Advance*, 1-9.

Kim, Y., Zerwas, S., Trace, S. E., & Sullivan, P. F. 2011 . Schizophrenia genetics: Where next? *Schizophrenia Bulletin*, 37, 456-463.

King, A. C., de Wit, H., McNamara, P., & Cao, D. 2011 . Rewarding, stimulant, and sedative alcohol responses and relationship to future binge drinking. *Archives of General Psychiatry*, 68, 389-399.

Kinsey, A. C., Pomeroy, W. B., & Martin, C. E. 1948 . *Sexual behavior in the human male*. Philadelphia: Saunders.

Kinzl, J. F., Traweger, C., Trefalt, E., Mangweth, B., & Biebl, W. 1999 . Binge eating disorder in females: A population based investigation. *International Journal of Eating Disorders*, 25, 287-292.

Kirkbride, J. B., Fearon, P., Morgan, C., Dazzon, P., Morgan, K., et al. 2006 . Heterogeneity in the incidence of schizophrenia and other psychotic illnesses: Results from the 3-center Aesop study. *Archives of General Psychiatry*, 63, 250-258.

Kirkpatrick, B., Fenton, W., Carpenter, W. T., & Marder, S. R. 2006 . The NIMH-MATRICS consensus statement on negative symptoms. *Schizophrenia Bulletin*, 32, 296-303.

Kirmayer, L. J. 2001 . Cultural variations in the clinical presentation of depression and anxiety: Implications for diagnosis and treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62 Suppl. 13 , 22-28.

Kirmayer, L. J., Robbins, J. M., & Paris, J. 1994 . Somatoform disorders: Personality and social matrix of somatic distress. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 125-136.

Kirsch, I. 2000 . Are drug and placebo effects in depression additive? *Biological Psychiatry*, 47, 733-735.

Kirsch, I., Deacon, B. J., Huedo-Medina, T. B., Scoboria, A., Moore, T. J., & Johnson, B. T. 2008 . Initial severity and antidepressant benefits: A meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration. *PLoS Medicine*, 5, e45.

Kisiel, C. L., & Lyons, J. S. 2001 . Dissociation as a mediator of psychopathology among sexually abused children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1034-1039.

Kisley, M. A., Wood, S., & Burrows, C. L. 2007 . Looking at the sunny side of life: Age-related change in an event-related potential measure of the negativity bias. *Psychological Science*, 18, 838.

Klein, D. N., Lewinsohn, P. M., Seeley, J. R., & Rohde, P. A. 2001 . A family study of major depressive disorder in a community sample of adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 58, 13-20.

Klein, D. N., Schwartz, J. E., Rose, S., & Leader, J. B. 2000 . Five-year course and outcome of dysthvmic disorder: A prospective, naturalistic follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, 157, 931-939.

Klein, D. N., Shankman, S. A. M. A., & Rose, S. M. A. 2006 . Ten-year prospective follow-up study of the naturalistic course of dysthymic disorder and double depression. *American Journal of Psychiatry*, 163, 872-880.

Kleinman, A. 1986 . *Social origins of distress and disease*: *Depression*, *neurasthenia*, *and pain in modern China*. New Haven, CT: Yale University Press.

Klerman, G. L. 1988 . Depression and related disorders of mood affective disorders . In A. M. Nicholi, Jr. Ed. , *The new Harvard guide to psychiatry*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Klerman, G. L., Weissman, M. M., Rounsaville, B.J., & Chevron, E. S 1984 . *Interpersonal psychotherapy of depression*. New York: Basic Books.

Kliem, S., Kroger, C., & Kosfelder, J. 2010 . Dialectical behavior therapy for borderline personality: A meta-analysis using mixed-effects modeling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78 6 , 936-951.

Klingberg, T. Hedehus, M., Temple, E., Gabrieli, J.D., Moseley, M. E., & Poldrack, R.A. 2000 . Microstructure of temporo-parietal white matter as a basis for reading ability: Evidence from diffusion tensor-magnetic resonance imaging. *Neuron*, 25, 493-500.

Klinger, E., Bouchard, S., Legeron, P., Roy, S., Lauer, F., Chemin, I., & Nugues, P. 2005 . Virtual reality therapy versus cognitive behavior therapy for social phobia: A preliminary controlled study. *CyberPsychology and Behavior*, 8 1 , 76-88.

Klintsova, A. Y., Scannra, C., Hoffman, M., Napper, R. M. A., Goodlett, C. R., & Greenough, W. T. 2002 . Therapeutic effects of complex motor training on motor performance deficits induced by neonatal binge-like alcohol exposure in rats: II A quantitative stereological study of synaptic plasticity in female rat cerebellum. *Brain Research*, 937, 83-93.

Kloner, R. A., & Rezkalla, S. H. 2007 . To drink or not to drink? That is the question. *Circulation*, 116, 1306-1317.

Klonsky, E. D., Oltmanns, T. F., & Turkheimer, E. 2002 . Informant-reports of personaliy disorder: Relations to self-reports and future research directions. *Clinical Psychology*: *Science and Practice*, 9, 300-311.

Kluft, R. P. 1994 . Treatment trajectories in multiple personality disorder. *Dissociation*, 7, 63-75.

Klump, K. L., McGue, M., & Iacono, W. G. 2000 . Age differences in genetic and environmental influences on eating attitudes and behaviors in preadolescent and adolescent female twins. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 239-251.

Klump, K. L., McGue, M., & Iacono, W. G. 2002 . Genetic relationships between personality and eating attitudes and behaviors. *Journal of Abnormal Psychology*, 111, 380-389.

Klump, W. E., Engler, H., Nordberg, A., Wang, Y., Blomqvist, G., & Holt, D. P. 2004 . Imaging brain amyloid in Alzheimer's disease with Pittsburgh compound-b. *Annuals of Neurology*, 55, 306-319.

Knight, B. G. 1996 . *Psychotherapy with older adults* 2nd ed. . Thousand Oaks, CA: Sage.

Knox, K. L., Pflanz, S., Talcott, G. W., Campise, R. L., Lavigne, J. E., Bajorska, A., …Caine, E. D. 2010 . The US Air Force suicide prevention program: Implications for public health policy. *American Journal of Public Health*, 100 12 , 2457-2463.

Kochanek, K. D., Xu, J., Murphy, S. L., Minino, A. M., & Kung, H. S. 2011 . *Deaths: Preliminary numbers for 2009*. National Vital Health Statics Report, 59, Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics.

Koegel, R. L., Bimbela, A., & Schreibman, L. 1996 . Collateral effects of parent training on family interactions. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 26, 347-359.

Koegel, R. L., Koegel, L. K., & Brookman, L. I. 2003 . Empirically supported pivotal response interventions with children with autism. In A. E. Kazdin & J. R. Weisz Eds. , *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* pp. 341-357 . New York: Guilford.

Koegel, R. L., Schreibman, L., Britten, K. R., Burkey, J. C., & O'Neill, R. E. 1982 . A comparison of parent training to direct child treatment. In R. L. Koegel, A., Rincover, & A. L. Egel Eds. , *Educating and understanding autistic children*. San Diego, CA: College-Hill.

Koenen, K. C., Moffitt, T. E., Poulton, R., Martin, J., & Caspi, A. 2007 . Early childhood factors associated with the development of post-traumatic stress disorder: Results from a longitudinal birth cohort. *Psychological Medicine*, 37 2 , 181-192.

Kohn, L. P., Oden, T., Munoz, R. F., Robinson, A., & Leavitt, D. 2002 . Adapted cognitive behavioral group therapy for depressed low-income African women. *Community Mental Health Journal*, 38 6 , 497-504.

Kohn, M. L. 1968 . Social class and schizophrenia: A critical review. In D. Rosenthal & S. S. Kety Eds. , *The transmission of schizophrenia*. Elmsford, NY: Pergamon.

Kohut, H. 1971 . *The analysis of the self.* New York: International Universities Press.

Kohut, H. 1977 . *The restoration of the self.* New York: International Universities Press.

Koller, E. A., Cross, J. T., Doraiswamy, P. M., & Malozowski, S. N. 2003 . Pancreatitis associated with atypical antipsychotics: from the food and Drug Administration's Med Watch Surveillance system and published reports. *Pharmacotherapy*, 23, 1123-1130.

Kolmen, B. K., Feldman, H. E., Handen, B. L., & Jansoky, J. E. 1995 . Naltrexone in young autistic children: A double-blind, placebo-controlled crossover study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 223-231.

Kong, L. L., Allen, J. J., & Glisky, E. L. 2008 . Interidentity memory transfer in dissociative identity disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 117 3 , 686-692.

Koob, G.F. 2008 . A role for brain systems in addiction. *Neuron*, 59, 11-34.

Koob, G.F., & Le Moal. 2008 . Addiction and the brain antireward system. *Annual Review of Psychology*, 59, 29-53.

Koob, G.F., Caine, B., Hyytia, P., Markou, A., Parsons, L., H., Roberts, A. J., Schulteis, G., & Weiss, F. 1999 . Neurobiology of drug addiction. In M.D. Glantz & C.R. Hartel Eds. , *Drug abuse*: *Origins and interventions* pp.161-190 . Washington, DC: American Psychological Association.

Kopelowicz, A., & Liberman, R.P. 1998 . Psychosocial treatments for schizophrenia. In P. E. Nathan & J. M. Gorman Eds. , *A guide to treatment that work* pp.190-211 . New York: Oxford University Press.

Kopelowicz, A., Liberman, R.P., & Zarate, R. 2002 . Psychosocial treatments for schizophrenia. In P. E. Nathan & J. M. Gorman Eds. , *A guide to treatment that work* pp.190-211 . New York: Oxford University Press.

Kornor, H., Winje, D., Ekeberg, O., Weisaeth, L., Kirkehei, I., Johansen, K., & Steiro, A. 2008 . Early trauma-focused cognitive-behavioral therapy to prevent chronic post-traumatic stress disorder and related symptoms: A systematic review and meta-analysis. *Biological Medical Central*, 8 81 , 1-8.

Kosten, T. R., Morgan, C. M., Falcione, J., & Schottenfeld, R. S. 1992 . Pharmacotherapy for cocaine-abusing methadone-maintained patients using amantadine or desipramine. *Archives of General Psychiatry*, 49, 894-898.

Kotov, R., Gamez, W., Schmidt, F., & Watson, D. 2010 . Linking "big" personality traits to anxiety, depressive, and substance use disorders: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 136 5 , 768-821.

Kozak, M. J., Liebowitz, M., & Foa, E. B. 2000 . Cognitive behavior therapy and pharmacotherapy for OCD: The NIMH-sponsored collaborative study. In W.K. Goodman, M. V. Rudorfer, & J. D. Maser Eds. , *Obsessive-*

compulsive disorder: *Contemporary issues treatment*. Mathweh, NJ: Lawrence Erlbaum.

Kozel, N. J., & Adams, E. H. 1986 . Epidemiology of drug abuse: An overview. *Science*, 234, 970-974.

Kozol, H., Boucher, R., & Garofalo, R. 1972 . The diagnosis and treatment of dangerousness. *Crime and Delinquency*, 18, 37-92.

Kranzler, H. R., & van Kirk, J. 2001 . Efficacy of naltrexone and acamprosate for alcoholism treatment: A meta-analysis. *Alcoholism*: *Clinical & Experimental Research*, 25, 1335-1341.

Krause, K. H, Dresel, S. H., Krause, J., La Fougere, C., & Ackenheil, M. 2003 . The dopamine transporter and neuroimaging in attention deficit hyperactivity disorder. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 27, 605-613.

Kremen, W. S., Jacobson, K. C., Xian, H., Eisen, S. A., Waterman, B., Toomey, R., et al. 2005 . Heritability of word recognition in middle-aged men varies as a function of parental education. *Behavior Genetics*, 35, 417-433.

Kremen, W. S., Koenen, K. C., Boake, C., Purcell, S., Eisen, S. A., Franz, C. E., … Lyons, M. J. 2007 . Pretrauma cognitive ability and risk for posttraumatic stress disorder. *Archives of General Psychiatry*, 64, 361-368.

Kreslake, J. M., Wayne, G. F., Alpert, H. R., Koh, H. K., & Connolly, G. N. 2008 . Tobacco industry control of menthol in cigarettes and targeting of adolescents and young adults. *American Journal of Public Health*, 98, 1685-1692.

Kreyenbuhl, J., Zito, J. M., Buchanan, R. W., Soeken, K. L., & Lehman, A. F. 2003 . Racial disparity in the pharmacological management of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 29, 183-193.

Kring. A. M. 1999 . Emotion in schizophrenia: Old mystery, new understanding. *Current Directions in Psychological Science*, 8, 160-163.

Kring, A. M. 2000 . Gender and anger. In A. H. Fischer Eds. , *Gender and Emotion* pp.211-231 . Cambridge: Cambridge University Press.

Kring, A. M., & Caponigro, J. M. 2010 . Emotion in schizophrenia: Where feeling meets thinking. *Current Directions in Psychological Science*, 19, 255-259.

Kring, A. M., & Moran, E. K. 2008 . Emotional response deficits in schizophrenia: Insights from affective science. *Schizophrenia Bulletin*, 34, 819-834.

Krinsley, K. E., Gallagher, J., Weathers, F. W., Kutter, C. J., & Kaloupek, D. G. 2003 . Consistency of retrospective reporting about exposure to traumatic events. *Journal of Traumatic Stress*, 16, 399-409.

Krueger, R. B. 2010a . The DSM diagnostic criteria for sexual masochism. *Archives of Sexual Behavior*, 39 2 , 346-356.

Krueger, R. B. 2010b . The DSM diagnostic criteria for sexual masochism. *Archives of Sexual Behavior*, 39 2 , 325-345.

Krueger, R. F. 1999 . Personality traits in late adolescence predict mental disorders in early adulthood: A prospective-epidemiological study. *Journal of Personality*, 67, 39-65.

Krueger, R. F., Eaton, N. R., Derringer, J., Markon, K. B., Watson, D., & Skodol, A. E. 2011 . Personality in DSM-5: Helping delineate personality disorder content and framing the metastructure. *Journal of Personality assessment*, 93, 325-331.

Krueger, R. F., Markon, K. B., Patrick, C. J., & Iacono, W. G. 2005 . Externalizing psychopathology in adulthood: A dimensional-spectrum conceptualization and its implications for DSM-V. *Journal of abnormal Psychology*, 114, 537-550.

Krystal, J. H., Garner, J. A., Krol, W. E., et al. 2001 . Naltrexone in the treatment of alcohol dependence. *The New England Journal of Medicine*, 345, 1734-1739.

Kubansky, L. D. 2007 . Sick at heart: The pathophysiology of negative emotions. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 74 Suppl 1 , s67-s72.

Kuehnle, K. 1998 . Child sexual abuse evaluations: The scientist-practitioner model. *Behavioral Sciences & the Law*, 16, 5-20.

Kuhn, T. S. 1970 . *The structure of scientific revolutions*. Chicago: University of Chicago Press.

Kunkel, D., Wilcox, B. L., Cantor, J., Palmer, E., Linn, S., & Dowrick, P. 2004 . *Report of the APA Task Force on Advertising and Children*. Washington, DC: American Psychological Association.

Kupfer, D. J. 2005 . The increasing medical burden in bipolar disorder. *Journal of the American Medical Association*, 293, 2528-2530.

Kurian, B. T., Ray, W. A., Arbogast, P. G., Fuchs, D. C., Dudley, J. A., & Cooper, W. O. 2007 . Effect of regulatory warning on antidepressant prescribing for children and adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 161, 690-696.

Laan, E., Everaerd, W., & Both, S. 2005 . Female sexual arousal. In R. Balon & R. T. Segraves Eds. , *Handbook of sexual dysfunctions and paraphilias*. Boca Raton, FL: Taylor & Francis.

Ladoceur, R., Dugas, M. J., Freeston, M. H., Leger, E., Gagnon, E., & Thibodeua, N. 2000 . Efficacy of a new cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: Evaluation in a controlled clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 957-996.

Lahey, B. B., Loeber, R., Hart, E. L., Frick, E J., Applegate, B., … Russo, M. E. 1995 . Four-year longitudinal study of conduct disorder in boys: Patterns and predictors of persistence. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 83-93.

Lahey, B. B., McBumett, K., & Loeber, R. 2000 . Are attention deficit/hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder developmental precursors to conduct disorder? In A. J. Sameroff & M.

Lewis, et al. Eds. , *Handbook of developmental psychopathology* 2nd ed., pp. 431-446 . New York: Kluwer Academic/Plenum.

Lahey, B. B., Miller, T. L., Gordon, R. A., & Riley, A. W. 1999 . Developmental epidemiology of the disruptive behavior disorders. In H. C. Quay & A. Hogan Eds. , *Handbook of disruptive behavior disorders* pp. 23-48 . New York: Plenum.

Lalumiere, M. L., & Quinsey V. L. 1994 . The discriminability of rapists from nonsex offenders using phallometric measures. *Criminal Justice and Behavior*, 21, 150-175.

Lam, D. H., Bright, J.Jones, S., Hayward, P., Schuck, N., & Chisholm, D. et al. 2000 . Cognitive therapy for bipolar illness-a pilot study of relapse prevention. *Cognitive Therapy and Research*, 24, 503-520.

Lam, R. W., Levitt, A. J., Levitan, R. D., Enns, M. W., Morehouse, R., Michalak, E. E., & Tam, E. M. 2006 . The Can-SAD study: A randomized controlled trail of the effectiveness of light therapy and fluoxetine in patients with winter seasonal affective disorder. *American Journal of Psychiatry*, 163, 805-812.

Lamb, H. R., Weinberger, L. E., & DeCuir, W. J. 2002 . The police and mental health. *Psychiatry Services*, 53, 1266-1271.

Lambert, M. J. 2004 . *Psychotherapeutically speaking-updates from the Division of Psychotherapy 29* . Retrieved August 2008 from http://www.apa.org/about /division/div29.aspx

Lambert, M. J., & Ogles, B. M. 2004 . The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert Ed. , *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* 5th ed., pp. 139-193 . Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.

Lambrou, C., Veale, D., & Wilson, G. 2011 . The role of aesthetic sensitivity in body dysmorphic disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 120 2 , 443-453.

Landa, R. J., Holman, K. C., & Garrett-Mayer, E. 2007 . Social and communication development in toddlers with early and later diagnosis of autism spectrum disorders. *Archives of General Psychiatry*, 64, 853-864.

Landerl, K., Fussengger, B., Moll, K., & Willburger, E. 2009 . Dyslexia and dyscalculia: Two learning disorders with different cognitive profiles. *Journal of Experimental Child Psychology*, 103, 309-324.

Landgrebe, M., Barta, W., Rosengarth, K., Frick, U., Hauser, M., langguth, B., … Eichhammer, P. 2008 . Neuronal correlates of symptom formation in functional somatic syndrome: A fMRI study. *Neurolomage*, 41, 1336-1344.

Lane, E. A., &t Albee, G. W. 1965 . Childhood intellectual differences between schizophrenic adults and their siblings. *American Journal of Orthopsychiatry*, 35, 747-753.

Lang, A. R., Goeckner, D. J., Adessor, V J., & Marlatt, G. A. 1975 . Effects of alcohol on aggression in male social drinkers. *Journal of Abnormal Psychology*, 84, 508-518.

Langa, K. M., Larson, E. B., Karlawish, J. H., Cutler, D. M., Kabeto, M. U., Kim, S. Y., & Rosen, A. B. 2008 . Trends in the prevalence and mortality of cognitive impairment in the United States: Is there evidence of a compression of cognitive morbidity? *Alzheimer's and Dementia*: *The Journal of the Alzheimer's Association*, 4, 134-144.

Langstrom, N. 2010 . The DSM diagnostic criteria for exhibitionism, voyeurism, and frotteurism. *Archives of Sexual Behavior*, 39 2 , 317-324.

Langstrom, N., & Seto, M. C. 2006 . Exhibitionistic and voyeuristic behavior in a Swedish national population survey. *Archives of Sexual Behavior*, 35 4 , 427-435.

Lantz, E. M., House, J. S., Lepkowski, J. M., Williams, D. R., et al. 1998 . Socioeconomic factors, health behaviors, and mortality. *Journal of the American Medical Association*, 279, 1703-1708.

Larsson, H., Andershed, H., & Lichtenstein, P. 2006 . A genetic factor explains most of the variance in psychopathic personality. *Journal of Abnormal Psychology*, 115, 221-230.

Larsson, H., Tuvblad, C., Rijsdijk, F. V., Andershed, H., Grann, M., & Lichtenstein, P. 2007 . A common genetic factor explains the association between psychopathic personality and antisocial behavior. *Psychological Medicine*, 37, 15-26.

Lau, J. Y. F., Gregory, A. M., Goldwin, M. A., Pine, D. S., & Eley, T. C. 2007 . Assessing gene-environment interactions on anxiety symptom subtypes across childhood and adolescence. *Development and Psychopathology*, 19, 1129-1146.

Laugesen, N., Dugas, M. J., & Bukowski, W. M. 2003 . Understanding adolescent worry: The application of a cognitive model. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 31, 55-64.

Laumann, E. O., Gagnon, J. H., Michael, R. T, & Michaels, S. 1994 . *The social organization of sexuality*. Chicago: University of Chicago Press.

Laumann, E. O., Nicolosi, A., Glasser, D. B., Paik, A., Gingell, C., Moreira, E., & Wang, T. 2005 . Sexual problems among women and men aged 40-80 y: Prevalence and correlates identified in the global study of sexual attitudes and behaviors. *International Journal of Impotence Research*, 17, 39-57.

Laumann, E. O., Paik, A., & Rosen, R. C. 1999 . Sexual dysfunction in the United States: Prevalence and predictors. *Journal of the American Medical Association*, 281 6 , 537-544.

Lauril, J. V., Pitkala, K. H., Strandberg, T. E., & Tilvis, R. S. 2004 . Detection and documentation of dementia and delirium in acute geriatric words. *General Hospital Psychiatry*, 26, 31-35.

Lavoie, K. L., Miller, S. B., Conway, M., & Fleet, R. P. 2001 . Anger, negative emotions, and cardiovascular reactivity during interpersonal conflict in women. *Journal of Psychosomatic Research*, 15, 503-512.

Law, M., & Tang, J. L. 1995 . An analysis of the effectiveness of interventions intended to help people stop smoking. *Archives of Internal Medicine*, 155, 1933-1941.

Lawton, M., Kleban, M. H., Dean, J., & Rajagopal, D. 1992 . The factorial generality of brief positive and negative affect measures. *Journals of Gerontology*, 47, 228-237.

Le Couteur, A., Bailey, A., Goode, S., Pickles, A., Robertson, S., Gottesman, I., &utter, M. 1996 . A broader phenotype of autism: The clinical spectrum in twins. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 37, 785-801.

Le Grange, D., & Lock, J. A. 2005 . The dearth of psychological treatment studies for anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 37, 79-91.

Le Grange, D., Crosby, R. D., Rathouz, P. J., & Leventhal, B. L. 2007 . A randomized controled comparison of family-based treatment and supportive psychotherapy for adolescent bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 64, 1049-1056.

Leahy, R. L. 2003 . *Cognitive therapy techniques*: *A practitioner's guide*. New York: Guilford.

LeBeau, R. T., Glenn, D., Liao, B., Wittchen, H. U., Beesdo-Baum, K., Ollendick, T., & Craske, M. G. 2010 . Specific phobia: A review of DSM-IV specific phobia and preliminary recommendations for DSM-V. *Depression and Anxiety*, 27 2 , 148-167.

Lee, H. C., Lin, H. C., & Tsai, S. Y. 2008 . Severly depressed young patients have over five times increased risk for stroke: A 5-year follow-up study. *Biological Psychiatry*, 64, 912-915.

Lee, S. 1991 . Anorexia nervosas in Hong Kong; A Chinese perspective. *Psychological Medicine*, 703-711.

Lee, S. S., Lahey, B., Owens, E. B., & Hinshaw, S. P. 2008 . Few preschool boys and girls with ADHD are well-adjusted during adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36, 373-383.

Lee, S., Lee, A. M., Ngai, E., Lee, D. T. S., & Wing, Y. K. 2001 . Rationale for food refusal in Chinese patients with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 29, 224-229.

Lee, S., Ng, K. L., Kwok, K., & Fung, C. 2010 . The changing profile of eating disorders at a tertiary psychiatric clinic in Hong Kong 1987-2007 . *International Journal of Eating Disorders*, 43, 307-314.

Lee, V. E., Brooks-Gunn, J., & Schnur, E. 1988 . Does Head Start work? A 1-year follow-up comparison of disadvantaged children attending Head Start, no preschool, and other preschool programs. *Developmental Psychology*, 24, 210-222.

Legido, A., Tonyes, L., Carter, D., Schoemaker, A., DiGe-orge, A., & Grover, W D. 1993 . Treatment variables and intellectual outcome in children with classic phenylketonuria: A single-center-based study. *Clinical Pediatrics*, 32, 417-425.

Lehman, A. E, Kreyenbuhl, J., Buchanan, R. W, et al. 2004 . The schizophrenia patient outcomes research team PORT : Updated treatment recommendations 2003. *Schizophrenia Bulletin*, 30, 193-217.

Leibenluft, E., & Rich, B. A. 2008 . Pediatric bipolar disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*, 4, 163-187.

Leiblum, S. R. 1997 . Sexual pain disorders. In G. O. Gab-bard & S. D. Atkinson Eds. , *Synopsis of treatments of psychiatric disorders* 2nd ed., pp. 805-810 . Washington, DC: American Psychiatric Press.

Leischow, S. J., Ranger-Moore, J., & Lawrence, D. 2000 . Addressing social and cultural disparities in tobacco use. *Addictive Behaviors*, 25, 821-831.

Leit, R. A., Gray, J. J., & Pope, H. G. 2002 . The media's presentation of the ideal male body: A cause for muscle dysmorphia? *International Journal of Eating Disorders*, 31, 334-338.

Leit, R. A., Pope, H.G. & Gray, J. J. 2001 . Cultural expectations of muscularity in men: The evolution of playgirl centerfolds. *International Journal of Eating Disorders*, 29, 90-93.

Lenzenwenger, M. E, Dworkin, R. H., & Wethington, E. 1991 . Examining the underlying structure of schizophrenic phenomenology: Evidence for a 3-process model. *Schizophrenia Bulletin*, 17, 515-524.

Lenzenweger, M. H., Lane, M. C., Loranger, A. W., & Kessler, R. C. 2007 . DSM-IV Personality disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*, 62, 553-564.

Leon, A. C., Portera, L, & Weissman, M. M. 1995 . The social costs of anxiety disorders. *British Journal of Psychiatry*, 166 Suppl. 27 , 19-22.

Leon, G. R., Fulkerson, J. A., Perry, C. L., & Early-Zald, M. B. 1995 . Prospective analysis of personality and behavioral vulnerabilities and gender influences in the later development of disordered eating. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 140-149.

Leon, G. R., Fulkerson, J. A., Perry, C. L., Peel, P. K., & Klump, K. L. 1999 . Three to four year prospective evaluation of personality and behavioral risk

factors for later disordered eating in adolescent girls and boys. *Journal of Youth and Adolescence*, 28, 181-196.

Lerman, C., Caporaso, N. E., Audrain, J., Main, D., Bowman, E. D., et al. 1999 . Evidence suggesting the role of specific genetic factors in cigarette smoking. *Health Psychology*, 18, 14-20.

Leslie, D. L., & Rosenheck, R. A. 2004 . Incidence of newly diagnosed diabetes attributable to atypical antipsychotic medications. *American Journal of Psychiatry*, 161, 1709-1711.

Lester, D. 1995 . Which nations establish suicide prevention centers? *Psychological Reports*, 77, 1298.

Leucht, S., Komossa, K., Rummel-Kluge, C., Corves, C., Hunger, H., Schmid, F., … Davis, J. M. 2009 . A meta-analysis of head- to-head comparisons of second-generation antipsychotics in the treatment of schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 166, 152-163.

Levav, L., Kohn, R., Golding, J. M., & Weissman, M. M. 1997 . Vulnerability of Jews to major depression. *American Journal of Psychiatry*, 154, 941-947.

Levenson, R. W., Carstensen, L. L., & Gottman, J. M. 1994 . Influence of age and gender on affect, physiology, and their interrelations: A study of long-term marriages. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 56-68.

Levenson, R. W., & Miller, B. L. 2007 . Loss of cells-Loss of self: Frontotemporal lobar degeneration and human emotion. *Current Directions in Psychological Science*, 16, 289-294.

Levenston, G. K., Patrick, C. J., Bradley, M. M., & Lang, P. J. 2000 . The psychopath as observer: Emotion and attention in picture processing. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 373-385.

Levemhal, B. L., Cook, E. H., Morford, M., Ravitz, A. J., Heller, W, & Freedman, D. X. 1993 . Clinical and neurochemical effects of fenfluramine in children with autism. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 5, 307-315.

Levitan, R. D., Kaplan, A. S., Joffe, R. T., Levitt, A. J., & Brown, G. M. 1997 . Hormonal and subjective responses to intravenous meta-chlorophenylpiperazine in bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 54, 521-528.

Levy, E, Hay, D. A., McStephen, M., Wood, C., & Waldman, I. 1997 . Attention-deficit hyperactivity disorder: A category or a continuum? Genetic analysis of a large-scale twin study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 737-744.

Lewinsohn, P. M. Ed. . 1974 . *A behavioral approach to depression*. New York: Springer.

Lewinsohn, P. M., & Clarke, G. N. 1999 . Psychosocial treatments for adolescent depression. *Clinical Psychology Review*, 19, 329-342.

Lewinsohn, P. M., Joiner, T. E., & Rohde, P. 2001 . Evaluation of cognitive diathesis-stress models in predicting major depressive disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 110,203-215.

Lewinsohn, P. M., Petit, J. W, Joiner, T. E., & Seeley, J. R. 2003 . The symptomatic expression of major depressive disorder in adolescents and young adults. *Journal of Abnormal Psychology*, 112, 244-252.

Lewinsohn, R. M., Roberts, R. E., Seeley, J, R., Rohde, P., Gotlib, I. H., & Hops, H. 1994 . Adolescent psychopathology: 2. Psychosocial risk factors for depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 302-315.

Lewinsohn, P. M., Rohde, P, Seeley, J. R., Klein, D. N., & Gotlib, I. H. 2000 . Natural course of adolescent major depressive disorder in a community sample: Predictors of recurrence in young adults. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1584-1591.

Lewis, D. O., Yeager, C. A., Swica, Y., Pincus, J. H., & Lewis, M. 1997 . Objective documentation of child abuse and dissociation on 12 murderers with dissociative identity disorder. *American Journal of Psychiatry*, 154,1703-1710.

Lewis, D. O., Barnes, T. R. E., Davies, L., Murray, R. M., Dunn, G., et al. 2006 . Randomized controlled trail of effect of quality of life of prescription of clozapine vs other second generation antipsychotic drugs in resistant schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 32, 715-723..

Lewis-Fernandez, R., Hinton, D. E., Laria, A. J., Patterson, E. H., Hofmann, S. G., … Liao, B. 2010 . Culture and the anxiety disorders: Recommendations for DSM-V. *Depression and Anxiety*, 27 2 , 212-229.

Li, F., Duncan, T. E., & Hops, H. 2001 . Examining developmental trajectories in adolescent alcohol use using piecewise growth mixture modeling analysis. *Journal of Studies on Alcohol*, 62, 199-210.

Liberman, R. P., Eckman, T. A., Kopelowicz, A., & Stolar, D. 2000 . *Friendship and intimacy module*. Camarillo, CA: Psychiatric Rehabilitation Consultants, PO Box 2867, Camarillo, CA 93011.

Liberman, R. P., Wallace, C. J., Blackwell, G., Kopelowicz, J. V., et al. 1998 . Skills training versus psychosocial occupational therapy for persons with persistent schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 155, 1087-1091.

Liberto, J. G., Oslin, D. W., & Ruskin, P. E. 1996 . Alcoholism in the older population. In L. L. Carstensen, B. A. Edelstein, & L. Dornbrand Eds. , *The practical handbook of clinical gerontology* pp. 324-348 . Thousand Oaks, CA: Sage.

Lichenstein, P., & Annas, P. 2000 . Heritability and prevalence of specific fears and phobias in childhood. *Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines*, 41, 927-937.

Lichenstein, P., Carlstrom, E., Ramstam, M., Gillerg, C., & Anckarsater, H. 2010 . The genetics of autism spectrum disorders and related neuropsychiatric disorders in childhood. *American Journal of psychiatry*, 167, 1357-1363.

Liddle, H. A. 1999 . Theory development in a family-based therapy for adolescent drug abuse. *Journal of Clinical Child Psychology*, 28, 521-532.

Lieb, R., Meinlschmidt, G., & Araya, R. 2007 . Epidemiology of the association between somatoform disorders and anxiety and depressive disorders: An update. *Psychosomatic Medicine*, 69, 860-863.

Lieberman, J. A. 2006 . Comparing effectiveness of antipsychotic drugs. *Archives of General Psychiatry*, 63, 1069-1072.,

Lieberman, J. A, Stroup, T. S., et al. 2005 . Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. *New England Journal of Medicine*, 353 1209-1223.

Liebowitz, M. R., Heimberg, R. G., Fresco, D. M., Travers, J., & Stein, M. B. 2000 . Social phobia or social anxiety disorder: What's in a name? *Archives of General Psychiatry*, 57, 191-192.

Liechti, M. E., Baumann, C., Gamma, A., & Vollenweider, E X. 2000 . Acute psychological effects of 3,4-methylenedioxymethamphetamine MDMA, 'Ecstasy' are attenuated by the serotonin uptake inhibitor citalopram. *Neuropsychopharmacoiogy*, 22, 513-521.

Lief, H. L, & Hubschman, L. 1993 . Orgasm in the postoperative transsexual. *Archives of Sexual Behavior*, 22, 145-155.

Lieverse, R., Van Someren, E. J. W., Nielen, M. M. A., Uitdehaag, B. M. J., Smit, J. H., & Hoogendijk, W. J. 2011 . Bright light treatment in elderly patients with nonseasonal major depressive disorder: A randomized placebo-controlled trail. *Archives of General Psychiatry*, 68 1 , 61-70.

Lilenfeld, L. R., Kaye, W. H., Greeno, C. G., Merikangas, K. R., Plotnicov, K., et al. 1998 . A controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: Psychiatric disorders in first-degree relatives and effects of proband comorbidity. *Archives of General Psychiatry*, 55, 603-610.

Lilienfeld, S. O. 2007 . Psychological treatment that cause harm. *Perspectives on Psychological Science*, 2, 53-70.

Lilienfeld, S. O., Lynn, S. J., Kirsch, I., Chaves, J. E, et al. 1999 . Dissociative identity disorder and the sociogenic model: Recalling lessons from the past. *Psychological Bulletin*, 125, 507-523.

Lilienfeld, S. O., Lynn, S. J., Ruscio, J., & Beyerstein, B. L. 2010 . Sad, mad, and bad: Myths about mental illness in S. O. Lilienfeld, S. J. Lynn, J. Ruscio, & B. L. Beyerstein Eds. , *50 great myths of popular psychology: Shattering widespread misconception about human behavior* pp. 181-208 : Wiley.

Lilienfeld, S. O., & Marino, L. 1999 . Essentialism revisited: Evolutionary theory and the concept of mental disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 400-411.

Lilienfeld, S. O., Wood, J. M., & Garb, H. N. 2000 . The scientific status of projective techniques. *Psychological Science in the Public Interest*, 1, 27-66.

Lilly, R., Quirk, A., Rhodes, T., & Stimson, G. V. 2000 . Sociality in methadone treatment: Understanding methadone treatment and service delivery as a social process. *Drugs: Education, Prevention & Policy*, 7, 163-178.

Lim, K. O., Adalsteinssom, E., Spielman, D., Sullivan, E. V., Rosenbloom, M. J., & Pfefferman, A. 1998 . Proton magnetic resonance spectroscopic imaging of cortical gray and white matter in schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 55, 346-353.

Lindaus, S. T., Schumm, L. P., Laumann, E. O., Levinson, W., Oitis Muricheartaigh, C. A., & Waite, L. J. 2007 . A study of sexuality and health among older adults in the United States. *New England Journal of Medicine*, 357, 762-774.

Lindemann, E., & Finesinger, I. E. 1938 . The effect of adrenalin and mecholyl in states of anxiety in psychoneurotic patients. *American Journal of Psychiatry*, 95, 353-370.

Linehan, M. M. 1987 . Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 51, 261-276.

Linehan, M. M. 1997 . Behavioral treatments of suicidal behaviors: Definitional obfuscation and treatment outcomes. In D. M. Stoff & J. J. Mann Eds. , *Neurobiology of suicide* pp. 302-327 . New York: Annals of the New York Academy of Sciences.

Linehan, M. M., Goodstein, J. L., Nielsen, S. L, & Chiles, J. A. 1983 . Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 276-286.

Linehan, M. M., & Heard, H. L. 1999 . Borderline personality disorder; Costs, course, and treatment outcomes. In N. E. Miller, & K. M. Magruder Eds. , *Cost-effectiveness of psychotherapy: A guide for practitioners, researchers, and policymakers* pp. 291-305 . London, Oxford University Press.

Linehan, M. M., Heard, H. L., & Armstrong, H. E. 1993 . Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 50, 971-974.

Linehan, M. M., & Shearin, E. N. 1988 . Lethal stress: A social-behavioral model of suicidal behavior. In S. Fisher & J. Reason Eds. , *Handbook of life stress, cognition, and health*. New York: Wiley.

Linnet, K. M., Dalsgaard, S., Obel, C., et al. 2003 . Maternal lifestyle factors in pregnancy risk of attention deficit hyperactivity disorder and associated behaviors: Review of the current evidence. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1028-1040.

Lipsitz, J. D.,Mannuzza, S., Klein, D. F, Ross, D. C, & Fyer, A. J. 1999 . Specific phobia 10-16 years after treatment. *Depression and Anxiety*, 10, 105-111.

Lissek, S., Powers, A. S., McClure, E. B., Phelps, E. A., Woldehawariat, G., Grillon, C., & Pine, D. S. 2005 . Classical fear conditioning in the anxiety disorders: A meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 43 11 , 1391-1424.

Litrownik, A. E, & Castillo-Canez, I. 2000 . Childhood maltreatment: Treatment of abuse and incest survivors. In C. R. Snyder & R. E. Ingram Eds. , *Handbook of psychological change* pp. 520-545 . New York: John Wiley & Sons.

Litz, B. T., Gray, M. J., Bryant, R. A., & Adler, A. B. 2002 . Early intervention for trauma: Current status and future directions. *Clinical Psychology*: *Science and Practice*, 9, 112-134.

Livingston, G., Johnston, K., Katona, C., Paton, J., & Lyketsos, C. G. 2005 . Systematic review of psychological approached to the management of neuropsychiatric symptoms of dementia. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1996-2021.

Lock, J., & Le Grange, D. 2001 . Can family-based treatment of anorexia nervosa be manualized? *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 10, 253-261.

Lock, J., Le Grange, D., Agras, W. S., & Dare, C. 2001 . *Treatment manual for anorexia nervosa*: *family-based approach*. New York: Guilford.

Lock, J., Le Grange, D., Agras, S., Moye, A., Bryson, S. W., & Jo, B. 2011 . Randomized clinical trail comparing family-based treatment with adolescents –focused individual therapy for adolescents with anorexia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 67, 1022-1032.

Lockwood, K. A., Alexopoulos, G. S., Kakuma, T, & van Gorp, W G. 2000 . Subtypes of cognitive impairment in depressed older adults. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 8, 201-208.

Loeb, K. L., Walsh, B. T., lock, J., Le Grange, D., Jones, J., Marcus, S., et al. 2007 . Open trail of family-based treatment for full and partial anorexia nervosa in adolescence: Evidence of successful dissemination. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46, 792-800.

Loeber, R., Burke, J. D., Lahey, B. B., Winters, A., & Zera, M. 2000 . Oppositional defiant and conduct disorder: A review of the past 10 years, Part I. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39, 1468-1484.

Loeber, R., & Farrington, D. E 1998 . *Serious and violent juvenile offenders: Risk factors and successful interventions*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Loeber, R., & Hay, D. 1997 . Key issues in the development of aggression and violence from, childhood to early adulthood. *Annual Review of Psychology*, 48, 371-410.

Loeber, R., & Keenan, K. 1994 . Interaction between conduct disorder and its comorbid conditions: Effects of age and gender. *Clinical Psychology Review*, 14, 497- 523.

Loftus, E. F. 1993 . The reality of repressed memories. *American Psychologist*, 48, 518-537.

Loftus, E. E 1997 . Memory for a past that never was. *Current Directions in Psychological Science*, 6, 60-62.

Logsdon, R. G., McCurry, S. M., & Teri, L. 2007 . Evidence-based psychological treatments for disruptive behaviors in individuals with dementia. *Psychology and Aging*, 22 1 , 28-36.

Lohr, J., Tolin, D. F., & Liliendfied, S. O. 1998 . Efficacy of eye movement desensitization and reprocessing: Implications for behavior therapy. *Behavior Therapy*, 29,123-156.

London, P. 1964 . *The modes and morals of psychotherapy*. New York: Holt, Rinehart & Winston.

Lonergan, E., Britton, A., & Luxenberg, J. 2007 . Antipsychotics for delirium. *Cochrane Database of Systematic Review* 2 , CD005594.

Long, P., Forehand, R., Wierson, M., & Morgan, A. 1994 . Does parent training with young noncompliant children have long-term effects? *Behaviour Research and Therapy*, 32, 101-107.

Longshore, D., Hawken, A., Urada, D., & Anglin, M. 2006 . *Evaluation of the Substance Abuse and Crime Prevention Act: SACPA Cost-Analysis Report Frist and Second Years* . Retrieved from http://www.uclaisap.org/prop36/html/reports.html.

Longshore, D., Urada, D., Evans, E., Hser, Y. I., Prendergast, M., & Hawken, A. 2005 . *Evaluation of the Substance Abuse and Crime Prevention Act: 2004 report*. Sacramento: Department of Alcohol and Drug Programs, California Health and Human Services Agency.

Longshore, D., Urada, D., Evans, E., Hser, Y. L., Prendergast, M., Hawken, A., … Ettner, S. 2003 . *Evaluation of the Substance Abuse and Crime Prevention Act*. Retrieved from http://www.uclaisap.org/prop36/ reports.htm.

Lonigan, C. J., Phillips, B. M., & Hooe, E. S. 2003 . Relations of positive and negative affectivity to anxiety and depression in children: Evidence from a latent variable longitudinal study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 465-481.

Looman, J. 1995 . Sexual fantasies of child molesters. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 27, 321-332.

Looney, S. W., & el-Mallakh, R. S. 1997 . Meta-analysis of erythrocyte NA, K-ATPase activity in bipolar illness. *Depression and Anxiety*, 5, 53-65.

Looper, K. J., & Kirmayer, L. J. 2002 . Behavioral medicine approaches to somatoform disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 810-827.

Lopez, S. R. 1989 . Patient variable biases in clinical judgment: Conceptual overview and methodological considerations. *Psychological Bulletin*, 106, 184-203.

Lopez, S. R. 1994 . Latinos and the expression of psychopathology: A call for direct assessment of cultural influences. In C. Telles & M. Karno Eds. , *Latino mental health*: *Current research and policy perspectives*. Los Angeles: UCLA.

Lopez, S. R. 1996 . Testing ethnic minority children. In B. B. Wolman Ed. , *The encyclopedia of psychology*, *psychiatry*, *and psychoanalysis*. New York: Holt.

Lopez, S. R. 2002 . Teaching culturally informed psychological assessment: Conceptual issues and demonstrations. *Journal of Personality Assessment*, 79, 226-234.

Lopez, S. R., Lopez, A. A., & Fong, K. T. 1991 . Mexican Americans' initial preferences for counselors: The role of ethnic factors. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 487-496.

Lopez, S. R., Nelson, K. A., Snyder, K. S., & Mintz, J. 1999 . Attributions and affective reactions of family members and course of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 307-314.

Lopez Leon, S., Croes, E. A., Sayed-Tabatabaei, F. A., Claes, S., Van Broekhoven, C., & van Duijin, C. M. 2005 . The dopamine D4 receptor gene 48-base-pair repeat polymorphism and mood disorders: A meta-analysis. *Biological Psychiatry*, 57, 999-1003.

Lopez-Ibor, J. J., 2003 . Cultural adaptations of current psychiatric classifications: Are they the solution? *Psychopathology*, 36, 114-119.

Lopiccolo, J., & Hogan, D. R. 1979 . Multidimensional treatment of sexual dysfunction. In O. E Pomerleau & J. P Brady Eds. , *Behavioral medicine*: *Theory and practice*. Baltimore, MD: Williams & Wilkins.

Lopiccolo, J., & Lobitz, W. C. 1972 . The role of masturbation in the treatment of orgasmic dysfunction. *Archives of Sexual Behavior*, 2, 163-171.

Lorber, M. F. 2004 . Psychophysiology of aggression, psychopathy, and conduct problems: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 130, 531-552.

Lord, C., Risi, S., DiLavore, P. S., Shulman, C., Thurm, A., & Pickles, A. 2006 . Autism from 2 to 9 years of age. *Archives of General Psychiatry*, 63, 694-701.

Lovaas, O. I. 1987 . Behavioral treatment and normal educational and intellectual functioning in young autistic children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 3-9.

Ludwig, D. S., & Currie, J. 2010 . The association between pregnancy weight gain and birthweight: A within-family comparison. *Lancet*, 376, 984-990.

Luo, F., Florence, C. S., Quispw-Agnoli, M., Ouyang, L., & Crosby, A. E. 2011 . Impact of business cycles on US suicide rates, 1928-2007. *American Journal of Public Health*, 101 6 , 1139-1146.

Lykken, D. T. 1957 . A study of anxiety in the sociopathic personality. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 55, 6-10.

Lynam, D. R. 1998 . Early identification of the fledgling psychopath: Locating the psychopathic child in the current nomenclature. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 566-575.

Lynam, D., & Henry, B. 2001 . The role of neuropsychological deficits in conduct disorders. In J. Hill & B. Maughan Eds. , *Conduct disorders in childhood and adolescence* pp. 235-263 . New York: Cambridge University Press.

Lynam, D., Moffitt, T E., & Stouthamer-Loeber, M. 1993 . Explaining the relation between IQ and delinquency: Race, class, test motivation, school failure, or self-control. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 187-196.

Lynch, T. R., Rosenthal, M. Z., Kosson, D. S., Cheavens, J. S., Lejuez, C. W., & Blair, R. J. R. 2006 . Heightened sensitivity to facial expression of emotion in borderline personality disorder. *Emotion*, 6, 647-655.

Lynn, S. J., Lock, T., Loftus, E. E., Krackow, E., & Lilienfeld, S. O. 2003 . The remembrance of things past: Problematic memory recovery techniques in psychotherapy. In S. J. Lynn and S. O. Lilienfeld Eds. , *Science and pseudoscience in clinical psychology* pp. 205-239 . New York: Guilford.

Lyons, M. J., True, W. R., Eisen, S. A., et al. 1995 . Differential heritability of adult and juvenile antisocial traits. *Archives of General Psychiatry*, 52, 906-915.

Ma, S. H., & Teasdale, J. D. 2004 . Mindfulness-based cognitive therapy for depression: Replication and exploration of differential relapse prevention effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 31-40.

MacDonald, A. W., & Chafee, D. 2003 . Event-related fMRI study of context processing in dorsolateral pre-frontal cortex of patients with schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 112, 689-697.

MacDonald, A. W., & Chafee, D. 2006 . Translational and developmental perspective on N-methyl-D-aspartate synaptic deficits in schizophrenia. *Development and Psychopathology*, 18, 853-876.

MacDonald, Y. M., Tsiantis, J., Achenbach, T. M., MottiStefanidt, E., & Richardson, C. 1995 . Competencies and problems reported by parents of Greek and American children, ages 6-11. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 4, 1-13.

MacGregor, M. W. 1996 . Multiple personality disorder: Etiology, treatment, and techniques from a psychodynamic perspective. *Psychoanalytic Psychology*, 13, 389-402.

Mackenzie, I. R., Neumann, M., Bigio, E. H., Cairns, N. J., Alafuzoff, I., Kril, J., … Mann, D. M. 2009 . Nomenclature for neuropathologic subtypes of frontotemporal lobar degeneration: Consensus recommendations. *Acta Neuropatholoica*, 117 1 , 15-18.

Macklin, P., Targum, S. D., Kalali, A., Rom, D., & Young, A. H. 2006 . Culture and assessment of manic symptoms. *British Journal of Psychiatry*, 189, 379-380.

Madonna, P G., van Scoyk, S., & Jones, D. B. 1991 . Family interactions within incest and nonincest families. *American Journal of Psychiatry*, 148, 46-49.

Maffei, C.,Fossatl, A., Agostini, L.Barraco, A., etal. 1997 . Interrater reliability and internal consistency of the Structured Clinical Interview for Axis II Personality Disorders SCID-I1 , Version 2.0. *Journal of Personality Disorders*, 11, 279-284.

Maidment, I., Fox, C., & Boustani, M. 2006 . Cholinesterase inhibitors for Parkinson's disease dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, I, CD004747.

Main, M., Kaplan, K., & Cassidy, J. 1985 . Security in infancy, childhood, and adulthood: A move to the level of representation. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50, 1-2, Serial No, 209 .

Maj, M., Pirozzi, R., Magliono, L., & Bartoli, L. 1998 . Long-term outcome of lithium prophylaxis in bipolar disorder: A 5-year prospective study of 402 patients at a lithium clinic. *American Journal of Psychiatry*, 155, 30-35.

Malamuth, N. M. 1998 . An evolutionary-based model integrating research on the characteristics of sexually coercive men. In J. G. Adair and D, Belanger Eds. , *Advances in psychological science, Volume 1: Social, personal, and cultural aspects*, pp. 151-184 . Hove, England: Psychology Press/Erlbaum.

Malamuth, N. M., & Brown, L. M. 1994 . Sexually aggressive men's perceptions of women's communications: Testing three explanations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 699-712.

Malamuth, N. M., & Check, J. V. P. 1983 . Sexual arousal to rape depictions: Individual differences. *Journal of Abnormal Psychology*, 92, 55-67.

Malaspina, D., Goetz, R. R., Yale, S., et al. 2000 . Relation of familial schizophrenia to negative symptoms but not to the deficit syndrome. *American Journal of Psychiatry*, 157, 994-1003.

Malcolm, R., Herron, J. E., Anton, R. F., Roberts, J., & Moore, J. 2000 . Recurrent detoxification may elevate alcohol craving as measured by the Obsessive Compulsive Drinking scale. *Alcohol*, 20, 181-185.

Maletzky, B. M. 2000 . Exhibitionism. In M. Hersen & M. Biaggio Eds. , *Effective brief therapy*: *A clinician's guide* pp. 235-257 . New York: Plenum.

Maletzky, B. M. 2002 . The paraphilias: research and treatment. In P. E. Nathan & J. M. German Eds. , *A guide to treatments that work* pp. 525-558 . New York: Oxford University Press.

Malkoff-Schwartz, S., Frank, E., Anderson, B. P., Hlastala, S. A., Luther, J. F., Sherrill, J. T., … Kupfer, D. J. 2000 . Social rhythm disruption and stressful life events in the onset of bipolar and unipolar episodes. *Psychological Medicine*, 30 5 , 1005-1016.

Malone, K. M., Oquendo, M. A., Haas, G. L., Ellis, S. E, Li, S., & Mann, J. J. 2000 . Protective factors against suicidal acts in major depression: Reasons for living. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1084-1088.

Mangweth, B., Hausmann, A., Walch, T., Hotter, A., Rupp, C. I., Biebl, w. et al. 2004 . Body-fat perception in men with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 35, 102-108.

Manji, H. K., Chen, G., Shimon, H., Hsiao, J. K., Potter, W. Z., & Belmaker, R. H. 1995 . Guanine nucleotide-binding proteins in bipolar affective disorder: Effects of long-term lithium treatment. *Archives of General Psychiatry*, 52, 135- 144.

Mann, J. J., Huang, Y. Y., Underwood, M. D., Kassir, S. A., Oppenheim, S., & Kelly, T. M. 2000 . A serotonin transporter gene promoter polymorphism 5-HTLPR and prefrontal cortical binding in major depression and suicide. *Archives of General Psychiatry*, 57, 729-738.

Mann, V. A., & Brady, S. 1988 . Reading disability: The role of language deficiencies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 811-816.

Mannuzza, S., Klein, R. G., Bonagura, N., Malloy, P, Gi-ampino, T. L, & Addalli, K. A. 1991 . Hyperactive boys almost grown up: 5. Replication of psychiatric status. *Archives of General Psychiatry*, 48, 77-83.

Mannuzza, S., Klein, R. G., & Moulton, J. L. 2003 . Does stimulant medication place children at risk for adult substance abuse? A controlled, prospective follow-up study. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 13, 273-282.

Maramba, G. G., & Nagayama-Hall, G. C. 2002 . Meta-analyses of ethnic match as a predictor of dropout, utilization, and level of functioning. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 8, 290-297.

Marcantonio, E. R., Flacker, J. M., Wright, R. J., & Resnick, N. M. 2001 . Reducing delirium after hip fracture: A randomized trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 49, 516-522.

March, J., Silva, S., Petrycki, S., et al. 2004 . Fluoxetine, cognitive-behavioral therapy, and their combination for adolescents with depression: Treatment for adolescents with depression study TADS randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 292, 807-820.

Marchand, W. R., & Yurgelun-Todd, D. 2010 . Striatal structure and function in mood disorders: A comprehensive review. *Bipolar Disorders*, 12 8 , 764-785.

Marcus, J., Hans, S. L, Nagier, S., Auerbach, J. G., Mirsky, A. F., & Aubrey, A. 1987 . Review of the NIMH Israeli Kibbutz-City and the Jerusalem infant development study. *Schizophrenia Bulletin*, 13, 425-438.

Marder, S. R., Wirshing, W. C., Glynn, S. M., Wirshing, D. A., Mintz, J., & Liberman, R. P 1999 . Risperidone and haloperidol in maintenance treatment: Interactions with psychosocial treatments. *Schizophrenia Research*, 36, 288.

Marengo, J., & Westermeyer, J. F. 1996 . Schizophrenia and delusional disorder. In L. L. Carstensen, B. A. Edelstein, & L. Dornbrand Eds, , *The practical handbook of clinical gerontology* pp. 255-273 . Thousand Oaks, CA: Sage.

Margraf, J., Ehlers, A., & Roth, W. T. 1986 . Sodium lactate infusions and panic attacks: A review and critique. *Psychosomatic Medicine*, 48, 23-51.

Markowitz, J. C. 1994 . Psychotherapy of dysthymia. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1114-1121.

Marks, I. M. 1995 . Advances in behavioral-cognitive therapy of social phobia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 56, 25-31.

Marks, I., & Gavanagh, K. 2009 . Computer-aided psychological treatments: Evolving issues. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5, 121-141.

Marks, I., Lovell, K., Noshirvani, H., Livanou, M., & Thrasher, S. 1998 . Treatment of posttraumatic stress disorder by exposure and/or cognitive restructuring: A controlled study. *Archives of General Psychiatry*, 55, 317.

Marlatt, G. A. 1983 . The controlled drinking controversy: A commentary. *American Psychologist*, 38, 1097-1110.

Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. Eds. . 1985 . *Relapse prevention*: *Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford.

Marques, J. K., Wiederanders, M., Day, D. M., Nelson, C., & Van Ommeren, A. 2005 . Effects of relapse prevention program on sexual recidivism: Final results from California's Sex Offender Treatment and Evaluation Project SOTEP . *Sexual Abuse*: *A Journal of Research and Treatment*, 17 1 , 79-107.

Marrazzi, M. A., & Luby, E. D. 1986 . An auto-addiction model of chronic anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 5, 191-208.

Marsh, A. A., & Blair, R. J. R. 2008 . Deficits in facial affect recognition among antisocial population: A meta-analysis. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 32, 545-465.

Marshall, L. A., & Cooke, D. J. 1999 . The childhood experiences of psychopaths: A retrospective study of familial and societal factors. *Journal of Personality Disorders*, 13, 211-225.

Marshall, W. L. 1997 . Pedophilia: Psychopathology and theory. In D. R. Laws & W O'Donohue Eds. , *Sexual deviance* pp. 152-174 . New York: Guilford.

Marshall, W. L., Barbaree, H. E., & Christophe, D. 1986 . Sexual offenders against female children: Sexual preferences for age of victims and type of behaviour. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 18, 424-439.

Marson, D. C. 2001 . Loss of competency in Alzheimer's disease: Conceptual and psychometric approaches. *International Journal of Law and Psychiatry*, 24, 267-283.

Marson, D. C., Huthwaite, J. S., & Hebert, K. 2004 . Testamentary capacity and undue influence in the elderly: A jurisprudent therapy perspective. *Law and Psychology Review*, 28, 71-96.

Martell, B. A., Orson, F. M., Poling, J., Mitchell, E., Rossen, R. D., Gardner, T., et al. 2009 . Cocaine vaccine for the treatment of cocaine dependence in methadone-maintained patients: A randomized, double-blind, placebo-controlled efficacy trail. *Archives of General Psychiatry*, 66, 1116-1123.

Martell, C. R., Addis, M. E., & Jacobson, N. S. 2001 . *Ending depression one step at a time*: *The new behavioral activation approach to getting your life back*. New York: Oxford University press.

Martinez, C., & Eddy, M. 2005 . Effects of culturally adapted parent management training on Latino youth behavioral health outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 841-851.

Martini, D. R., Ryan, C., Nakayama, D., & Ramenofsky, M. 1990 . Psychiatric sequelae after traumatic injury: The Pittsburgh regatta accident. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 70-75.

Mason, B. J. 2001 . Treatment of alcohol-dependent outpatients with acamprosate: A clinical review. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62, 42-48.

Mason, F. L. 1997 . Fetishism: Psychopathology and theory. In D. R. Laws & W O'Donohue Eds. , *Sexual deviance* pp. 75-91 . New York: Guilford,

Masters, W. H., & Johnson, V. E. 1966 . *Human sexual response*. Boston: Little, Brown and Company.

Masters, W. H., & Johnson, V. E. 1970 . *Human sexual inadequacy*. Boston: Little, Brown and Company.

Mataix-Cols, D., Frost, R. O., Pertusa, A., Clark, L. A., Saxena, S., Leckman, J. F., … Wilhelm, S. 2010 . Hoarding disorder: A new diagnosis for DSM-V? *Depression and Anxiety*, 27 6 , 556-572.

Mataix-Cols, D., Marks, I. M., Greist, J. H., Kobal, K. A., & Baer, L. 2002 . Obsessive-compulsive symptom dimensions as predictors of compliance with and response to behaviour therapy: Results from a controlled trail. *Psychotherapy and Psychomosatics*, 71 5 , 255-262.

Mather, M., Canli, T, English, T., Whitfield, S., Wais, P, Ochsner, K., …Carstensen, L. L. 2004 . Amygdala responses to emotionally valenced stimuli in older and younger adults. *Psychological Science*, 15, 259-263.

Mathews, A., & MacLeod, C. 2002 . Induced processing biases have causal effects on anxiety. *Cognition and Emotion*, 16, 331-354.

Matsuda, L. A., Lolait, S. J., Brownstein, M. J., Yong, A. C., & Bonner, T. I. 1990 . Structure of a cannabinoid receptor and functional expression of the cloned CDNA. *Nature*, 346, 561-564.

Matthews, K. A., Owens, J. E, Kuller, L. H., Sutton-Tyrrell, K., &Jansen-McWilliams, L. 1998 . Are hostility and anxiety associated with carotid atherosclerosis in health postmenopausal women? *Psychosomatic Medicine*, 60, 633-638.

Maugh T. H., II 2002, October 18 . "Sobering" state report calls autism an epidemic. *Los Angeles Times*, pp.Al, A25.

Mayberg, H. S., Lozano, A. M., Voon, V., McNeely, H. E., Seminowicz, D., Hamani, C., … Kennedy, S. H. 2005 . Deep brain stimulation for treatment-resistant depression. *Neuron*, 45 5 . 651-660.

Mayer, E. A., Berman, S., Suenobu, B., Labus, J., Mandelkern, M. A., Naliboff, B. D., & Chang, L. 2005 . Differences in brain responses to visceral pain between patients with irritable bowel syndrome and ulcerative colitis. *Pain*, 115, 398-409.

Mayer, V., Cochran, S., & Barnes, N. W. 2007 . Race, race-based discrimination, and health outcomes among African Americans. *Annual Review of Psychology*, 58, 201-225.

McBride, P. A., Anderson, G. M., & Shapiro, T. 1996 . Autism research: Bringing together approaches to pull apart the disorder. *Archives of General Psychiatry*, 53,980-983.

McCabe, R. E., McFarlane, T, Polivy, J., & Olmsted, M. 2001 . Eating disorders, dieting, and the accuracy of self-reported weight. *International Journal of Eating Disorders*, 29, 59-64.

McCall, W. V., Rebossin, D. M., Weiner, R. D., & Sackeim, H. A. 2000 . Titrated moderately suprathreshold vs fixed high-does right unilateral electroconvulsive therapy. Acute antidepressant and cognitive effects. *Archives of General Psychology*, 57, 438-444.

McCann, D., Barrett, A., Cooper, A., et al. 2007 . Food additives and hyperactive behaviour in 3-year-old and 8/9-year-old children in the community: A randomized, double-blinded, placebo-controlled trail. *Lancet*, 370, 1560-1567.

McCarthy, B. W. 1986 . A cognitive-behavioral approach to understanding and treating sexual trauma. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 12, 322-329.

McCarthy, D. E., Piasecki, T. M., Fiore, M. C., & Baker, T. 2006 . Life before and after quitting smoking: An electronic diary study. *Journal of Abnormal Psychology*, 115, 454-466.

McCarty, D., Caspi, Y., Panas, L., Krakow, M., & Mulligan, D. H. 2000 . Detoxification centers: Who's in the revolving door? *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 27,245-256.

McClellan, J., Kowatch, R., & Findling, R. L. 2007 . Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with bipolar disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiat*ry, 46, 107-125.

McCleod, B. D., Weisz, J. R., & Wood, J. J. 2007 . Examining the association between parenting and childhood anxiety: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 27, 155-172.

McClure, M. M., Barch, D. M., Flory, J. D., Harvey, P. D., & Siever, L. J. 2008 . Context processing in schizotypal personality disorder: Evidence of specificity of impairment to the schizophrenia spectrum. *Journal of Abnormal Psychology*, 117 2 , 342-354.

McCormick, N. B. 1999 . When pleasure causes pain: Living with interstitial cystitis. *Sexuality and Disability*, 17, 7-18.

McCrady, B. S., & Epstein, E. E. 1995 . Directions for research on alcoholic relationships: Marital and individual-based models of heterogeneity. *Psychology of Addictive Behaviors*, 9, 157-166.

McCrae, R. R., & Costa, P. T., Jr. 1990 . *Personality in adulthood*. New York: Guilford.

McCullough, J. P., Klein, D. N., Keller, M. B., Holzer, C. E., Davis, S. M., Korenstein, S. G., … Harrison, W. M. 2000 . Comparison of DSM-III major depression and major depression superimposed on dysthymia double depression : Validity of the distinction. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 419-427.

McCurry, S. M., Logsdon, R. G., Teri, L., & Vitiello, M. V. 2007 . Evidence-based psychological treatments for insomnia in older adults. *Psychology and Aging*, 22 1 , 18-27.

McCusker, J., Cole, M., & Abrahamowicz, M. 2002 . Delirium predicts 12-month mortality. *Archives of Internal Medicine*, 162,457-463.

McDonough, M., & Kennedy, N. 2002 . Pharmacological management of obsessive-compulsive disorder: A review for clinicians. *Harvard Review of Psychiatry*, 10, 127-137.

McEachin, J. J., Smith, T., & Lovaas, O. I. 1993 . Long-term outcome for children with autism who received early intensive behavioral treatment. *American Journal on Mental Retardation*, 97, 359-372.

McEvoy, J. P., Johnson, J., Perkins, D., Lieberman, J. A., Hamer, R. M., Keefe, R. S., et al. 2006 . Insight in first episode psychosis. *Psychological Medicine*, 36, 1385-1393.

McEwan, B., & sapolsky, R. 1995 . Stress and cognitive function. *Current Opinion in Neurobiology*, 5 2 , 205-216.

McFall, R. M., & Hammen, C. L. 1971 . Motivation, structure, and self-monitoring: Role of nonspecific factors in poking reduction. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 37, 80-86.

McFarlane, X., Polivy, J., & Herman, C. P. 1998 . Effects f false weight feedback on mood, self-evaluation, and sod intake in restrained and unrestrained eaters. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 312-318.

McFarlane, W. R., Lukens, E., Link, B., Dushay, R., Deakins, S., Newmark, M., … Toran, J. 1995 . Multiple-family groups and psychoeducation in the treatment of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 52, 679-687.

McGhie, A., & Chapman, I. S. 1961 . Disorders of attention and perception in early schizophrenia. *British Journal of Medical Psychology*, 34, 103-116.

McGlashan, T. H., Grilo, C. M., Sanislow, C. A., Ralevski, E., Morey, L. C., Gunderson, J. G., … Pagano, M. E. 2005 . Two-year prevalence and stability of individual criteria for schizotypal, borderline, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 162, 883-889.

McGlashan, T. H., Grilo, C. M., Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Shea, M. T., Morey, L. C., … Stout, R. L. 2000 . The collaborative longitudinal personality disorders study: Baseline axis I/II and II/II diagnostic co-occurrence. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102, 256-264.

McGlashan, T. H., & Hoffman, R. E. 2000 . Schizophrenia as a disorder of developmentally reduced synaptic connectivity. *Archives of General Psychiatry*, 57, 637- 648.

McGoven, C. W., & Sigman, M. 2005 . Continuity and change from early childhood to adolescence in autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46, 401-408.

McGue, M., Pickens, R. W., & Svikis, D. S. 1992 . Sex and age effects on the inheritance of alcohol problems: A twin study. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 3-17.

McGuire, P. K., Bench, C. J., Frith, C. D., & Marks, I. M. 1994 . Functional anatomy of obsessive-compulsive phenomena. *British Journal of Psychiatry*, 164, 459-468.

McGuire, P. K., Shah, G. M. S., & Murray, R. M. 1993 . Increased blood flow in Broca's area during auditory hallucinations in schizophrenia. *Lancet*, 346, 596-600.

McGuire, P. K., Silbersweig, D. A., & Frith, C. D. 1996 . Functional neuroanatomy of verbal self-monitoring. *Brain*, 119, 907-917.

McGurk, S. R., Twamley, E. W., Sitzer, D. I., McHugo, G. J., & Mueser, K. T. 2007 . A meta-analysis of cognitive remediation in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 164, 1791-1802.

McHugh, R. K., & Barlow, D. H. 2010 . The dissemination and implementation of evidence-based psychological treatments. A review of current efforts. *American Psychologist*, 65 2 , 73-84.

Mclntyre-Kingsolver, K., Lichtenstein, E., & Mermelstein, R. J. 1986 . Spouse training in a multicomponent smoking-cessation program. *Behavior Therapy*, 17, 67-74.

McKeith, I. G., Dickson, D. W., Lowe, J., Emre, M., O'Brien, J. T., Felman, H., …Burn, D. J. 2005 . Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies; third report of the DLB consortium. *Neurology*, 65, 1863-1872.

McKeller, J., Stewart, E., & Humphreys, K. 2003 . Alcoholics anonymous involvement and positive alcohol-related outcomes: Cause, consequence, or just a correlate? A prospective 2-year study of 2,319 alcohol dependent men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 302-308.

McKhann, G. M., Knopman, D. S., Cherthkow, H., Hyman, B. T., Jack, C. R., Kawas, C. H., … Phelps, C. H. 2011 . The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease; Recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association work groups on diagnosis guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimer's and Dementia*: *The Journal of the Alzheimer's Association*, 7 3 , 263-269.

McKim, W. A. 1991 . *Drugs and behavior*: *An introduction to behavioral pharmacology*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

McKinley, N. M., & Hyde, J. S. 1996 . The objectified body consciousness scale: Development and validation. *Psychology of Women Quarterly*, 20, 181-216.

McKown, C., & Weinstein, R. S. 2003 . The development and consequences of stereotype consciousness in middle childhood. *Child Development*, 74, 498-515.

McLeod, B. D., Wood, J. J., & Weisz, J. R. 2007 . Examining the association between parenting and childhood anxiety: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 27, 155-172.

McMahon, C. G., Althof, S. E., Kaufman, J. M., Buvat, J., Levine, S. B., Aquilina, J. W., … Porst, H. 2011 . Efficacy and safety of doxetine for the treatment of premature ejaculation: Integrated analysis of results from five phase 3 trials. *Journal of Sexual Medicine*, 8 2 , 524-539.

McMullen, S., & Rosen, R. C. 1979 . Self-administered masturbation training in the treatment of primary orgasmic dysfunction. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 912-918.

McNally, R. J. 1987 . Preparedness and phobias: a review. *Psychological Bulletin*, 101, 283-303.

McNally, R. J. 1997 . Atypical phobias. In G. C. L. Davey Ed. , *Phobias: A handbook of theory, research and treatment* pp. 183-199 . Chichester, England: John Wiley & Sons.

McNally, R. J. 2003 . *Remembering trauma*. Cambridge, MA: Belknap Press of Harvard University Press.

McNally, R. J. 2009 . Can we fix PTSD in DSM-V?. *Depression and Anxiety*, 26 7 , 597-600.

McNally, R. J., Caspi, S. P, Riemann, B. C., & Zeitlin, S. B. 1990 . Selective processing of threat cues in posttraumatic stress disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 398-406.

McNally, R. J., Lasko, N. B., Clancy, S. A., Macklin, M. L., Pitman, R. K., & Orr, S. P. 2004 . Psychophysiological responding during script-driven imagery in people reporting abduction by space aliens. *Psychological Science*, 15, 493-497.

McNally, R. J., Ristuccia, C. S., & Perlman, C. A. 2005 . Forgetting trauma cues in adults reporting continuous or recovered memories of childhood sexual abuse. *Psychological Science*, 16, 336-340.

McNeil, T. E, Cantor-Graae, E., & Weinberger, D. R. 2000 . Relationship of obstetric complications and differences in size of brain structures in monozygotic twin pairs discordant for schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 157, 203-212.

McQuaid, J. R., Monroe, S. M., Roberts, J. R., & Johnson, S. L., et al., 1992 . Toward the standardization of life stress assessment : Definitional discrepancies and inconsistencies in methods. *Stress Medicine*, 8, 47-56.

Meagher, D, J. 2001 . Delirium: Optimizing management. *British Medical Journal*, 322, 144-149.

Meagher, D, J. 2007 . Phenomenology of delirium: Assessment of 100 adult cases using standardized measures. *British Journal o Psychiatry*, 190, 135-141.

Meana, M., Binik, Y. M., Khalife, S., & Cohen, D. 1997 . Dyspareunia: Sexual dysfunction or pain syndrome? *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185, 561-569.

Meana, M., Binik, I., Khalife, S., & Cohen, D. 1998 . Affect and marital adjustment in women's ratings of dyspareunic pain. Canadian *Journal of Psychiatry*, 43, 381- 385.

Meaney, M. J., Brake, W, & Gratton, A. 2002 . Environmental regulation of the development of mesolimbic dopamine systems: A neurobiological mechanism for vulnerability to drug abuse? *Psychoneuroendocrinology*, 27, 127-148.

Mednick, S. A., & Schulsinger, E 1968 . Some premorbid characteristics related to breakdown in children with schizophrenic mothers. In D. Rosenthal & S. S. Kety Eds. , *The transmission of schizophrenia*. Elmsford, NY: Pergamon.

Mehler, P. S. 2011 . Medical complications of bulimia nervosa and their treatment. *International Journal of Eating Disorders*, 44, 95-104.

Meier, B. 2003 . *Pain killer: A "wonder" drug's trail of addiction and death*. Rodale Books.

Melamed, B. G., & Siegel, L. J. 1975 . Reduction of anxiety in children facing hospitalization and surgery by use of filmed modeling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 511-521.

Mellinger, G. D., Balter, M. B., & Uhlenhuth, E. H. 1985 . Insomnia and its treatment. *Archives of General Psychiatry*, 42, 225-232.

Melnik, T., Soares, B. G. O., & Nasello, A. G. 2008 . The effectiveness of psychological interventions for the treatment of erectile dysfunction: Systematic review and meta-analysis, including comparisons to sildenafit treatment, intracavernosal injections, and vacuum devices. *Journal of Sexual Medicine*, 5, 2562-2574.

Meltzer, H. Y. 2003 . Suicide in schizophrenia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64, 1122-1125.

Meltzer, H. Y., Cola, P, & Way, L. E. 1993 . Cost effectiveness of clozapine in neuroleptic-resistant schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1630-1638.

Melville, J. D., & Naimark, D. 2002 . Punishing the insane: The verdict of guilty but mentally ill. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 30, 553-555.

Mendez, M. F., Lauterbach, E. C., & Sampson, S. M. 2008 . An evidence-based review of the psychopathology of frontotemporal dementia : A report of the ANPA committee on research. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 20 2 , 130-149.

Menezes, N. M., Arenovich, T., & Zipursky, R. B. 2006 . A systematic review of longitudinal outcome studies of first-episode psychosis. *Psychological Medicine*, 36, 1349-1362.

Meng, Y. Y., Babey, S. H., Hastert, T. A., Lombardi, C., & Brown, E. R. 2008 . *Uncontrolled asthma means missed work and school, emergency departure*

visits for many Californians. Los Angeles: UCLA Center for Health Policy Research.

Mennin, D. S., Heimberg, R. G., & Turk, C. L. 2004 . Clinical presentation and diagnostic features. In R. G. Heimberg, C. L. Turk, & D. S. Mennin Eds. , *Generalized anxiety disorder* pp. 3-28 . New York: Guilford.

Mennin, D. S., Heimberg, R. G., & Fresco, D. M. 2002 . Applying an emotion regulation framework to integrative approaches to generalized anxiety disorder. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 135-141.

Menzies, L., Chamberlain, S. R., Laird, A. R., Thelan, S. M., Sahakian, B. J., & Bullmore, E. T. 2008 . Integrating evidence from neuroimaging and neuropsychological studies of obsessive-compulsive disorder: The orbitofronto-striatal model revisited. *Neuroscince and Biobehavioral Review*, 32 3 , 525-549.

Mercer, C. H., Fenton, K. A., Johnson, A. M., Wellings, K., Macdowall, W., Mcmanus, S., … Erens, B. 2003 . Sexual function problems and help seeking behaviour in Britain: National probability sample survey. *British Medical Journal*, 327, 426-427.

Merckelbach, H., Dekkers, T., Wessel, I., & Roefs, A. 2003 . Dissociative symptoms and amnesia in Dutch concentration camp survivors. *Comprehensive Psychiatry*, 44, 65-69.

Merikangas, K. R., Akiskal, H. S., Angst, J., Greenberg, P. E., Hirschfeld, R. M. A., Petukhova, M., & Kessler, R. C. 2007 . Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Co-morbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 64, 543-552.

Merikangas, K. R., Jin, R., He, J. P., Kessler, R., Lee, S., Sampson, N., … Zarkov, Z. 2011 . Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the World Mental Health Survey Initiative. *Archives of General Psychiatry*, 68 3 , 241-251.

Merkin, D. 2009, May 10 . A long journey in the dark. *New York Times Magazine*, pp. 28-48.

Merzenich, M. M., Jenkins, W. M., Johnson, P., Schreiner, C., Miller, S. L., & Tallal, P. 1996 . Temporal processing deficits of language-learning impaired children ameliorated by training. *Science*, 271, 77-81.

Messinger, J. W., Tremeau, F., Antonius, D., Mendelsohn, E., Prudent, V., Stanfore, A. D., & Malaspina, D. 2011 . Avolition and expressive deficits capture negative symptom phenomenology: Implications for the DSM-5 and schizophrenia research. *Clinical Psychology Review*, 31, 161-168.

Meston, C. M., & Buss, D. 2009 . *Why women have sex: Women reveal the truth about their sex lives, from adventure to revenge and everything in between* . New York: St. Martin's Press.

Meston, C. M., & Gorzalka, B. B. 1995 . The effects of sympathetic activation on physiological and subjective sexual arousal in women. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 651-664.

Meyer, B., Johnson, S. L., & Winters, R. 2001 . Responsiveness to threat and incentive in bipolar disorder: Relations of the B1S/BAS scales with symptoms. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23, 133-143.

Meyer, G. J., & Archer, R. P. 2001 . The hard science of Rorschach research: “What do we know and where do we go?”. *Psychological Assessment*, 13, 486-502.

Meyer, J. K. 1995 . Paraphilias. In H. I. Kaplan & B. J. Sadock Eds. , *Comprehensive textbook of psychiatry* pp. 1334-1347 . Baltimore, MD: Williams & Wilkins.

Meyer, V. 1966 . Modification of expectations in cases with obsessional rituals. *Behaviour Research and Therapy*, 4, 273-280.

Meyer, V., & Chesser, E. S. 1970 . *Behavior therapy in clinical psychiatry*. Baltimore: Penguin.

Mezzich, J. E., Fabrega, H., Coffman, G. A., & Haley, R. 1989 . DSM-III disorders in a large sample of psychiatric patients: Frequency and specificity of diagnoses. *The American Journal of Psychiatry*, 146 2 , 212-219.

Michael, T., Blechert, J., Vriends, N., Margraf, J., & Wilhelm. F. H. 2007 . Fear conditioning in panic disorder : Enhanced resistance to extinction. *Journal of Abnormal Psychology*, 116, 612-617.

Mikami, A. Y., Hinshaw, S. P., Arnold, L. E., Hoza, B., Hechtman, L., Newcorn, J. H., & Abikoff, H. B. 2010 . Bulimia nervosa symptoms in the multimodal treatment study of children with ADHD. *International Journal of Eating Disorders*, 43, 248-259.

Mikami, A. Y., Huang-Pollack, C. L., Pfiffner, L. J., McBurnett, K., & Hangai, D. 2007 . Social skills differences among attention-deficit/hyperactivity disorder types in a chat room assessment task. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35, 509-521.

Miklowitz, D. J., George, E. L., Richards, J. A., Simoneau, T. L., & Suddath, R. L. 2003 . A randomized study of family-focused psychoeducation and pharmacotherapy in the outpatient management of bipolar disorder. *Archives of General Psychiatry*, 60, 904-912.

Miklowitz, D. J., &Goldstein, M. J. 1997 . *Bipolar disorder: A family-focused treatment approach*. New York: Guildford.

Miklowitz, D. J., Otto, M. W., Frank, E., Reilly-Harrington, N. A., Wisniewski, S. R., Kogan, J. N., … Sachs, G. S. 2007 . Psychosocial treatments for bipolar depression: A 1-year randomized trail from the systematic treatment enhancement program. *Archives of General Psychiatry*, 64, 419-427.

Miklowitz, D. J., & Taylor, D. O. 2005 . *Family-Focused Treatment of the Suicidal Bipolar Patient*. Unpublished manuscript under review.

Milberger, S., Biederrnan, J., Faraone, S. V., & Chen, L. 1996 . Is maternal smoking during pregnancy a risk factor for attention deficit hyperactivity disorder in children? *American Journal of Psychiatry*, 153, 1138-1142.

Miller, B. L., Ikonte, C., Ponton, M., & Levy, M. 1997 . A study of the Lund Manchester research criteria for fron-totemporal dementia: Clinical and single-photon emission CT correlations. *Neurology*, 48, 937-942.

Miller, D. D., Caroff, S. N., Davis, S. M., et al. 2008 . Extra pyramidal side-effects of antipsychotics in a randomized trail. *British Journal of Psychiatry*, 193, 279-288.

Miller, M., & Hinshaw, S. P. 2010 . Does childhood executive function predict adolescent functional outcomes in girls with ADHD?. *Journal of Abnormal Childhood Psychology*, 38, 315-326.

Miller, T. J., McGlashan, T. H., Rosen, J. L., et al. 2002 . Prospective diagnosis of the initial prodrome for schizophrenia based on the Structural Interview for Prodromal Syndrome: Preliminary evidence of interrater reliability and predictive validity. *American Journal of Psychiatry*, 159, 863-865.

Miller, T. Q., & Volk, R. J. 1996 . Weekly marijuana use as a risk factor for initial cocaine use: Results from a six wave national survey. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*, 5, 55-78.

Miller, W. R., & Rollnick, S. Eds . 1991 . *Motivational interviewing*: *Preparing people to change addictive behavior*. New York: Guilford.

Millon, T. 1996 . *Disorders of personality*: *DSM-IV and beyond* 2nd ed. . New York: Wiley.

Milrod, B., Leon, A. C., Busch, F., Rudden, M., Schwalberg, M., Clarkin, J., … Shear, M. K. 2007 . A randomized controlled clinical trial of psychoanalytic psychotherapy for panic disorder. *American Journal of Psychiatry*, 164, 265-272.

Mineka, S., & Ohman, A. 2002 . Born to fear: Non-associative vs. associative factors in the etiology of phobias. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 173-184.

Mineka, S., & Sutton, J. 2006 . Contemporary learning theory perspectives on the etiology of fear and phobias. In M. G. Craske, D. Hermans, & D. Vansteenwegen, Eds , *Fear and Learning*: *From basic processes to clinical implications* pp.75-97 . Washington, DC: American Psychological Association.

Mineka, S., & Zinbarg, R. 1998 . Experimental approaches to the anxiety and mood disorders. In J. G. Adair, D. Belanger, & K. L. Dion Eds. , *Advances in psychological science, Volume. 1: Social, personal, and cultural aspects* pp.429-454 . Psychology Press: East Sussex, UK.

Mineka, S., & Zinbarg, R. 2006 . A contemporary learning theory perspective on the etiology of anxiety disorders: It is not what you thought it was. *American Psychologist*, 6 1 , 10-26.

Minzenberg, M. J., Fan, J., New, A. S., Tang, C. Y., & Siever, L. J. 2007 . Fronto-limbic dysfunction in response to facial emotion in borderline personality disorder: An event-related fMRI study. *Psychiatry Research*, 115 3 , 231-243.

Minzenberg, M. J., Fan, J., New, A. S., Tang, C. Y., & Siever, L. J. 2008 . Fronto-limbic dysfunction in response to facial emotion in borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 42 9 , 727-733.

Miranda, J., Bernal, G., Lau, A., Kohn, L., Hwang, W., & LaFromboise, T. 2005 . State of the science on psychosocial interventions for ethnic minorities. *Annual Review of Psychology*, 1, 113-142.

Miranda, J., Green, B. L., Krupnick, J. l., Chung, J., Siddique, J., Belin, T., & Revicki, D. 2006 . One-year outcomes of a randomized clinical trail treating depression in low-income minority women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 99-111.

Mishkind, M. E., Rodin, J., Silberstein, L. R., & Striegel-Moore, R. H. 1986 . The embodiment of masculinity: Cultural, psychological, and behavioral dimensions. *American Behavioral Scientist*, 29, 545-562.

Mitchell, J. T, & Everly, G. S., Jr. 2000 . Critical incident stress management and critical incident stress debriefings: Evolutions, effects and outcomes. John F! Wilson, Beverley Raphael Ed. , *Psychological debriefing: Theory, practice and evidence*, pp.71-90 . New York, NY: Cambridge University Press.

Mitte, K. 2005 . Meta-analysis of cognitive-behavioral treatments for generalized anxiety disorder: A comparison with pharmacotherapy. *Psychological Bulletin*, 131, 785-795.

Mittleman, M. A., Brodaty, H., Wallen, A. S., & Burns, A. 2008 . A three-country randomized controlled trail of a psychosocial intervention for caregivers combined with pharmacological treatment for patients with Alzheimer disease: Effect on caregiver depression. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 16 11 , 893-904.

Modestin, J. 1992 . Multiple personality disorder in Switzerland. *American Journal of Psychiatry*, 149, 88-92.

Modrego, P. J. 2010 . Depression in Alzheimer's disease. Pathopsysiology, diagnosis, and treatment. *Journal of Alzheimer's disease*, 21 4 , 1077-1087.

Moffitt, T. E. 1993 . Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior: A developmental taxonomy. *Psychological Review*, 100, 674-701.

Moffitt, T. E. 2005 . The new look of behavioral genetics in developmental psychopathology: Gene-environment interplay in antisocial behaviors. *Psychological Bulletin*, 131, 533-554.

Moffitt, T. E. 2007 . A review of research on the taxonomy of life-course persistent versus adolescence-limited antisocial behavior. In D. J. Flannery, A. T. Vazsonyi & I. D. Waldman Eds. , *The Cambridge handbook of violent behavior and aggression* pp.49-74 . New York: Cambridge University Press.

Moffitt, T. E., & Caspi, A. 2001 . Childhood predictors differentiate life-course persistent and adolescence-limited antisocial pathways among males and females. *Development and Psychopathology*, 13, 355-375.

Moffitt, T. E., Caspi, A., Harrington, H., & Milne, B. J. 2002 . Males on the life-course persistent and adolescence-limited antisocial pathways: Follow-up at age 26. *Development and Psychopathology*, 14, 179-207.

Moffitt, T. E., Caspi, A., Harrington, H., Milne, B. J., Melchior, M., Goldberg, D., & Poulton, R. 2007 . Generalized anxiety disorder and depression: Childhood risk factors in a birth cohort followed to age 32. *Psychological Medicine*, 37 3 , 441-452.

Moffitt, T. E., Lynam, D., & Silva, P. A. 1994 . Neuropsychological tests predict persistent male delinquency. *Criminology*, 32, 101-124.

Moffitt, T. E., & Silva, R. A. 1988 . IQ and delinquency: A direct test of the differential detection hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 330-333.

Molina, B. S. G., Hinshaw, S. P., Swanson, J. M., Arnold, L. E., Vitiello, B., Jensen, P. S., et al. 2009 . The MTA at 8 years: Prospective follow-up of children treated for combined-type ADHD in a multisite study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48, 484-500.

Molnar, B. E., Buka, S. L., & Kessler, R. C. 2001 . Child sexual abuse and subsequent psychopathology: Results from the National Comorbidity *Survey American Journal of Public Health*, 91 5 , 753-760.

Monahan, J. 1973 . The psychiatrization of criminal behavior. *Hospital and Community Psychiatry*, 24, 105-107,

Monahan, J. 1976 . The prevention of violence. In J. Monahan Ed. , *Community mental health and the criminal justice system*. Elmsford, NY: Pergamon.

Monahan, J. 1978 . Prediction research and the emergency commitment of dangerous mentally ill persons: A reconsideration. *American Journal of Psychiatry*, 135, 198-201.

Monahan, J. 1984 . The prediction of violent behavior: Toward a second generation of theory and policy. *American Journal of Psychiatry*, 141, 10-15.

Monahan, J, 1992 . Mental disorder and violent behavior: Perceptions and evidence. *American Psychologist*, 47, 511-521.

Monahan, J., & Steadman, H. 1994 . Toward a rejuvenation of risk assessment research. In J. Monahan & H. Steadman Eds. , *Violence and mental*

disorder: *Developments in risk assessment*. Chicago: University of Chicago Press.

Moniz, E. 1936 . *Tentatives operatoires dans le traitement de ceretaines psychoses*. Paris: Mason.

Monk, C. S., Nelson, E. E., McClure, E.B., Mogg, K., Bradley, B. P., Leibenluft, E., …Pine, D. 2006 . Ventrolateral prefrontal cortex activation and attentional bias in response to angry faces in adolescents with generalized anxiety disorder. *American Journal of Psychiatry*, 163, 1091-1097.

Monroe, S. M., & Harkness, K. L. 2005 . Life stress, the "kindling" hypothesis, and the recurrence of depression: Considerations from a life stress perspective. *Psychological Review*, 112, 417-445.

Monuteaux, M., Faraone, S. V., Gross, L., & Biederman, J. 2007 . Predictors, clinical characteristics, and outcome of conduct in girls with attention-deficit/hyperactivity disorder: A longitudinal study. *Psychological Medicine*, 37, 1731-1741.

Moos, R. H., & Humphreys, K. 2004 . Long-term influence of duration and frequency of participation in Alcoholics Anonymous on individuals with alcohol use disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 81-90.

Moos, R. H., & Moos, B. S. 2006 . Participation in treatment and Alcoholics Anonymous: A 16-year follow-up of initially untreated individuals. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 735-750.

Mora, S., Redberg, R. F., Cui, Y., Whiteman, M. K., Flaws, J. A., Sharrett, A. R., & Elumenthal, R. S. 2003 . Ability of exercise testing to predict cardiovascular and all-cause death in asymptomatic women: a 20-year follow-up of the lipid research clinics prevalence study. *Journal of the American Medical Association*, 290, 1600-1607.

Moran, M. 1991 . Psychological factors affecting pulmonary and rheumatological diseases: A review. *Psychosomatics*, 32, 14-23.

Moreau, D., Mufson, L., Weissman, M. M., & Klerman, G. L. 1992 . Interpersonal psychotherapy for adolescent depression: Description of modification and preliminary application. *Journal of the Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 642-651.

Moreland, K., Wing, S., Diez Roux, A., & Poole, C. 2002 . Neighborhood characteristics associated with the location of food stores and food services places. *American Journal of Preventive Medicine*, 22, 23-29.

Morenz, B., & Becker, J. V. 1995 . The treatment of youthful sexual offenders. *Applied and Preventive Psychology*, 4, 247-256.

Morey, L. C. 1988 . Personality disorders in DSM-1II and DSM-1IIR: Convergence, coverage, and internal consistency. *American Journal of Psychiatry*, 145, 573-577.

Morey, L. C., Berghuis, H., Bender, D., Verheul, R., Krueger, R. F., & Skodol, A. E. 2011 . Toward a model of assessing level of personality functioning in DSM-5, Part II: Empirical articulation of a core dimension of personality. *Journal of Personality Assessment*, 93 4 , 347-353.

Morf, C. C., & Rhodewalt, E. 2001 . Unraveling the paradoxes of narcissism: A dynamic self-regulatory processing model. *Psychological Inquiry*, 12, 177-196.

Morgan, C. A. III, Hazlett, G., Wang, S., Richardson, E. G. Jr., Schnurr, R, Southwick, S. M. 2001 . Symptoms of dissociation in humans experiencing acute, uncontrollable stress: A prospective investigation. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1239-1247.

Morgan, M. J. 2000 . Ecstasy MDMA : A review of its possible persistent psychological effects. *Psychopharmacology*, 152, 230-248.

Morgenstern, J., Blanchard, K. A., Morgan, T. J., Labouvie, E., & Hayaki, J. 2001 . Testing the effectiveness of cognitive-behavioral treatment for substance abuse in a community setting: Within treatment and posttreatment findings. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 69, 1007-1017.

Morgenstern, J., Langenbucher, J., Labouvie, E., & Miller, K. J. 1997 . The comorbidity of alcoholism and personality disorders in a clinical population; Prevalence rates and relation to alcohol typology variables. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 74-84.

Morokoff, R J., & Gilliland, R. 1993 . Stress, sexual functioning, and marital satisfaction. *Journal of Sex Research*, 30, 43-53.

Moroney, J. T, Tang, M. X., Berglund, L., Small, S., Merchant, C., Bell, K., … Mayeux, R. 1999 . Low-density lipoprotein cholesterol and the risk of dementia with stroke. *Journal of the American Medical Association*, 282, 254-260.

Morriss, R. K., Faizal, M. A., Jones, A. P., Williamson, P. R., Bolton, C., & McCarthy, J. P. 2007 . Interventions for helping people recognize early signs of recurrence in bipolar disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1, CD004854.

Moscicki, E. K. 1995 . Epidemiology of suicidal behavior. In M. M. Silverman & R. W Maris Eds. , *Suicide prevention: Toward the year 2000* pp. 22-35 . New York: Guilford.

Moser, C., & Levitt, E. E. 1987 . An exploratory-descriptive study of a sadomasochistically oriented sample. *The Journal of Sex Research*, 23, 322-337.

Moses, J. A., & Purisch, A. D. 1997 . The evolution of the Luria-Nebraska Battery. In G. Goldstein & T. Incagnoli Eds. , *Contemporary approaches to neuropsychological assessment* pp. 131-170 . New York: Plenum.

Moses, J. A., Schefft, B. A., Wong, J. L., & Berg, R. A. 1992 . Interrater reliability analyses of the Luria-Nebraska neuropsychological battery, form II. *Archives of Clinical Neurology*, 7, 251-269.

Mowrer, O. H. 1947 . On the dual nature of learning: A reinterpretation of "conditioning" and "problem-solving". *Harvard Educational Review*, 17, 102-148.

MTA Cooperative Group. 1999a . A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry*, 56, 1073-1086.

MTA Cooperative Group. 1999b . Moderators and mediators of treatment response for children with attention- deficit/hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry*, 56, 1088-1096.

Muehlenhard, C. L., & Shippee, S. K. 2010 . Men's and woman's reports of pretending orgasm. *Journal of Sex Research*, 47 6 , 552-567.

Mueser, K. T., Bond, G. R., Drake, R. E., & Resnick, S. G. 1998 . Models of community care for severe mental illness: A review of research on case management. *Schizophrenia Bulletin*, 24, 37-74.

Mufson, L., Weissman, M. M., Moreau, D., & Garfinkel, R. 1999 . Efficacy of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 56, 573-579.

Multon, K. D., Kivlighan, D. M., & Gold, E. B. 1996 . Changes in counselor adherence over the course of training. *Journal of Counseling Psychology*, 43, 356-363.

Mulvey, E. P. 1994 . Assessing the evidence of a link between mental illness and violence. *Hospital and Community Psychiatry*, 45, 663-668.

Mundle, G., Bruegel, R., Urbaniak, H., Laengle, G., Buchkremer, G., & Mann, K. 2001 . Kurzund mittelfristige Erfolgsraten ambulanter Entwoehnungsbehand-lungen fuer alkoholabhaengige Patienten. *Fortschritte der Neurologic Psychiatric*, 69,374-378.

Mundo, E., Maina, G., & Uslenghi, C. 2000 . Multi-centre, double-blind comparison of fluvoxamine and clomipramine in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *International Clinical Psychopharmacology*, 15, 69-76.

Munetz, M. R., Grande, T., Kleist, J., & Peterson, G. A. 1996 . The effectiveness of outpatient civil commitment. *Psychiatric Services*, 47, 1251-1253.

Munoz, R. E, Ying, Y. W, Bernal, G., Perez-Stable, E. J., et al. 1995 . Prevention of depression with primary care patients: A randomized controlled trial. *American Journal of Community Psychology*, 23, 199-222.

Munro, S., Thomas, K. L, & Abu-Shaar, M. 1993 . Molecular characterization of a peripheral receptor for cannabinoids. *Nature*, 365, 61-65.

Munson, J., Dawson, G., Abbott, R., et al. 2006 . Amygdalar volume and behavioral development in autism. *Archives of General Psychiatry*, 63, 686-693.

Muntner, P., He, J., Cutler, J. A.,Wildman, R. E., & Whelton, P. K. 2004 . Trends in blood pressure among adolescents and children. *Journal of the American Medical Association*, 291, 2107-2113.

Murphy, J. 1976 . Psychiatric labeling in cross-cultural perspective. *Science*, 191, 1019-1028.

Murray, C. J. L., & Lopez, A. D. 1996 . *The global burden of disease: A comprehensive assessment of disease, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Murray, G., & Harvey, A. G. 2010 . Circadian rhythms and sleep in bipolar. *Bipolar Disorders*, 12 5 , 459-472.

Murrary-Close, D., Hoza, B., Hinshaw, S. P., Arnold, L. E., Swanson, J., Jensen, P. S., … Wells, K. 2010 . Developmental processes in peer problems of children with attention-deficit/hyperactivity disorder in the Multimodal Treatment Study of Children with ADHD: Developmental cascades and vicious cycles. *Developmental and Psychopathology*, 22, 785-802.

Mustonen, T. K., Spencer, S. M., Hoskinson, R. A., Sachs, D. P. L., & Garvey, A. J. 2005 . The influence of gender, race, and menthol content on tobacco exposure measures. *Nicotine and Tobacco Research*, 7, 581-590.

Myin-Germeys, L, van Os, J., Schwartz, J. E., et al. 2001 . Emotional reactivity to daily life stress in schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 58, 1137-1144.

Mykletun, A., Bjerkeset, O., Overland, S., Prince, M., Dewey, M., & Stewart, R. 2009 . Levels of anxiety and depression as predictors of mortality: The HUNT study. *British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 195 2 , 118-125.

Nacewicz, B. M., Dalton, K. M., Johnstone, T., et al. 2006 . Amygdale volume and nonverbal social impairment in adolescent and adult males with autism. *Archives of General Psychiatry*, 63, 1417-1448.

Naranjo, C. A., Tremblay, L. K., & Busto, U. E. 2001 . The role of the brain reward system in depression. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 25, 781-823.

Nasser, M. 1988 . Eating disorders: The cultural dimension. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 23, 184-187.

Nasser, M. 1997 . *Culture and Weight Consciousness*. London: Rutledge Press.

Nathan, P. E., & German, J. M. 2002 . *A guide to treatments that work* 2nd ed. . London: Oxford University Press.

National Academy on an Aging Society. 1999 . *Challenges/or the- 2Jst century: Chronic and disabling conditions.* Retrieved from http://www.agingsociety .org/agingsociety/ publications/chronic/index.html

National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. 2010 . *Tobacco use: Targeting the nation's leading killer: At a glance 2010.* Atlanta, GA Centers for Disease Control.

National Center for Health Statistics. 2004 . *Healthy People, 2004.* Retrieved from: http://www.cdc.gov/nchs/hus.htm

National Center for Justice. 2003 . *National Crime Victimization Survey.* Document NCJ 206348 National Center for Justice. Washington, DC.

National Center for Victims of Violent Crime. 2004 . *Sexual violence.* Unpublished Document number 32291. Retrieved from http://www.ncvc.org/ncvc/ main.aspx?dbID=DBStatistics584

National Highway Transportation Safety Administration. 2010 . *Traffic safety facts 2010, early edition: A compilation of motor vehicle crash data from the fatality analysis reporting system and the general estimates* DOT Publication No. HS 811402 . National Center for statistics and Analysis, U. S. Department of Transportation. Bethesda, MD.

National Institute of Child Health and Human Development. 2000 . *Report of the National Reading Panel. Teaching children to read: An evidence-based assessment of the scientific research literature on reading and its implications for reading instruction.* Retrieved from http://www. nichd.nih.gov/publications/nTp/smallbook.htm

National Drug Intelligence Center. 2001 . *OxyContin diversion and abuse.* ND1C, Department of Justice, January 2001, Document ID: 2001-L0424-001. Also available online at http://www.usdof.gov/ ndic/pubs/651/index.htm

National Heart, Lung and Blood Institute. 1998 . *Behavioral research in cardiovascular, lung, and blood health and disease.* Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services.

National Heart, Lung, and Blood Institute. 1998, June . *Clinical guidelines of the identification, evaluation, and treatment of overweight and obese adults.* NHLB accessed; July 25, 2001, www.nhlbi.nih.gov/guidelines/obesity/ob-home.htm

National Highway Transportation & Safety Administration. 2003 . *Traffic safety/acts 2003: Alcohol.* Washington, DC: National Center for Statistics and Analysis, U.S. Department of Transportation, DOT HS 809 761.

National Highway Transportation Safety Administration. 2005 . *2004 Traffic Safety Annual Assessment-Early Results.* National Center for Statistics and Analysis, US Department of Transportation, DOT HS 809 897.

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. 1997 . Youth drinking: Risk factors and consequences. *Alcohol Alert*, 1-7.

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. 2001 . *Alcohol Alert No. 51: Economic perspectives in alcoholism research*. Rockville, MD Also available online at http://www.niaaa.nih.gov/publications/aa51-text.htm.

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. 2002 . *A call to action*; *Changing the culture of drinking at U.S. Colleges*. Task Force of the National Advisory Council on Alcohol Abuse and Alcoholism. National Institutes of Health, U.S. Department of Health and Human Service. www.collegedrinkingprevention.gov . N1H Publication No. 02-5010.

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. 2001 . *Alcohol Alert No. 51: Economic perspectives in alcoholism research*. Rockville, MD Also available online at http://www.niaaa.nih.gov/publications/aa51-text.htm .

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. 2002 . *A call to action*; *Changing the culture of drinking at U.S. Colleges*. Task Force of the National Advisory Council on Alcohol Abuse and Alcoholism. National Institutes of Health, U.S. Department of Health and Human Service. www.collegedrinkingprevention.gov . N1H Publication No. 02-5010.

National Institute on Drug Abuse. 2004 . *NIDA InfoFacts*: *Crack and cocaine*. National Institute on Drug Abuse, National Institute of Health, U.S. Department of Health and Human Services. Bethesda, MD. Retrieved from http://www.drugabuse.gov

National Institute of Health, The Ad Hoc Group of Experts 1997, August . *Workshop on the medical utility of marijuana*: *Report to the director*. Bethesda, MD.

National Survey on Children's Health. 2003 . Retrieved from: http://www.nschdata. org/Content/Default.aspx.

NCHS. 2004 . *NCHS data on Alzheimer's Disease*. Atlanta, GA: Author.

Neale, J. M., & Liebert, R. M. 1986 . *Science and behavior*: *An introduction to methods of research* 3rd ed. . Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Neale, J. M., & Oltmanns, T. 1980 . *Schizophrenia*. New York: Wiley.

Neisser, U. 1976 . *Cognition and reality*, San Francisco: Freeman.

Nelson, E. C., Heath, A. C., Madden, P. A. E, Cooper, L., Dinwiddie, S. H., Bucholz, K. K., … Martin, N. G. 2002 . Association between self-reported childhood sexual abuse and adverse psychosocial outcomes: A twin study. *Archives of General Psychiatry*, 59, 139-145.

Nelson, J. C. 2006 . The STAR*D study: A four-course meal that leaves us wanting more. *American Journal of Psychiatry*, 163 11 , 1864-1866.

Nelson, J. C., & Davis, J. M. 1997 . DST studies in psychotic depression: A meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1497-1503.

Nelson, M. D., Saykin, A. J., Flashman, L. A., & Riordin, H. J. 1998 . Hippocampal volume reduction in schizophrenia as assessed by magnetic resonance imaging: A meta analytic study. *Archives of General Psychiatry*, 55, 433-440.

Nelson, R. O., Lipinski, D. P., & Black, J. L. 1976 . The reactivity of adult retardates' self-monitoring: A comparison among behaviors of different valences, and a comparison with token reinforcement. *Psychological Record*, 26, 189-201.

Nemeroff, C. B., & Schatzberg, A. E 1998 . Pharmacological treatment of unipolar depression. In P. E. Nathan & J. M. German Eds. , *A guide to treatments that work* pp. 212-225 . New York: Oxford University Press.

Nestle, M. 2002 . *Food Politics: How the food industry influences nutrition and health*. Berkeley: University of California Press.

Neugebauer, R. 1979 . Mediaeval and early modem theories of mental illness. *Archives of General Psychiatry*, 36, 477-484.

Neuman, R. J., Lobos, E., Reich, W., Henderson, C. A., Sun, L. W., & Todd, R. D. 2007 . Prenatal smoking exposure and dopaminergic genotypes interact to cause a severe ADHD subtype. *Biological Psychiatry*, 61, 1320-1328.

Neumeister, A., Konstantinidis, A., Stastny, J., Schwarz, M. J., Vitouch, O., Willeit, M., … Kasper, S. 2002 . Association between the serotonin transporter gene promoter polymorphism 5-HTTLPR and behavioral response to tryptophan depletion in healthy women with and without family history of depression. *Archives of General Psychiatry*, 59, 613-620.

Neuner, F., Schauer, M., Klaschik, C., Karunakara, U., & Ebert, T. 2004 . A comparison of narrative exposure therapy, supportive counseling, and psycho-education for treating posttraumatic stress disorder in an African refugee settlement. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 72, 579-587.

New, A. S., Hazlett, E. A., Buchsbaum, M. S., Goodman, M., Mitelman, S. A., Newmark, R., … Siever, L. J. 2007 . Amygdale-prefrontal disconnection in borderline personality disorder. *Neuropsychopharmacology Official Publication of the American College of Neuropsychopharmacology*, 32 7 , 1629-1640.

Newman, D. L., Moffitt, T. E., Caspi, A., & Silva, P. A. 1998 . Comorbid mental disorders: Implications for treatment and sample selection, *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 305-311.

Newman, J. P., Patterson, C. M., & Kosson, D. S. 1987 . Response perseveration in psychopaths, *Journal of Abnormal Psychology*, 96, 145-149.

Newman, J. P., Schmitt, W A., & Voss, W. D. 1997 . The impact of motivationally neutral cues on psychopathic individuals: Assessing the generality of the

response modulation hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology*, 196, 563-575.

NHBLI. 2009 . *Asthma at a glance NIH publication 09-7429 . Bethesda, MD. National Heart, Blood, and Lung Institute*. National Institutes of Health.

NHBLI. 2010 . Take action: Stop asthma today! *NIH publication 10-7542 . Bethesda, MD. National Heart, Blood, and Lung Institute*. National Institutes of Health.

Nicholls, L. 2008 . Putting the new view classification scheme to an empirical test. *Feminism & Psychology*, 18 4 , 515-526.

Nicholsom, A., Kuper, H., & Heminggway, H. 2006 . Depression as an aetiologic and prognostic factor in coronary heart disease: A meta-analysis of 6362 events among 146.538 participants in 54 observational studies. *European Heart Journal*, 27, 2763-2774.

Niederdeppe, J., Farrelly, M. C., & Haviland, M. L. 2004 . Confirming "truth": More evidence of a successful tobacco counter marketing campaign in Florida. *American Journal of Public Health*, 94, 255-257.

Nielssen, O., Bourget, D., Laajasalo, T., Liem, M., Labbelle, A., Hakkanen-Nyholm, H., et al. 2011 . Homicide of strangers by people with a psychotic illness. *Schizophrenia Bulletin*, 37, 572-579.

Nietzel, M. T., & Harris, M. J. 1990 . Relationship of dependency and achievement/ autonomy to depression. *Clinical Psychology Review*, 10, 279-297.

Nigg, J. T. 2001 . Is ADHD a disinhibitory disorder? *Psychological Bulletin*, 127, 571-598.

Nigg, J. T., & Casey, B. J. 2005 . An integrative therapy of attention-deficit/ hyperactivity disorder based on the cognitive and affective neurosciences. *Development and Psychopathology*, 17, 785-806.

Nigg, J. T., & Goldsmith, H. H. 1994 . Genetics of personality disorders: Perspectives from personality and psychopathology research. *Psychological Bulletin*, 115, 346-380.

Nigg, J. T., Knotterus, G. M., Martel, M. M., Nikolas, M., Cavanagh, K., Karmaus, W., & Rappley, M. D. 2008 . Low blood lead levels associated with clinically diagnosed attention deficit hyperactivity disorder ADHD and mediated by weak cognitive control. *Biological Psychiatry*, 63, 325-331.

Nigg, J. T., Nikolas, M., Knotterus, G. M., Cavanagh, K., & Friderici, K. 2010 . Confirmation and extension of association of blood lead with attention deficit hyperactivity disorder ADHD and ADHD symptom dimensions at population typical exposure levels. *Journal of Psychology and Psychiatry*, 51, 58-65.

Noble, E. E. 2003 . D2 dopamine receptor gene in psychiatric and neurologic disorders and its phenotypes. *American Journal of Medical Genetics*, 116B, 103-125.

Nobler, M. S., Oquendo, M. A., Kegeles, L. S., Malone, K. M., Campbell, C., Sackheim, H. A., & Mann, J. J. 2001 . Deceased regional brain metabolism after ECT. *American Journal of Psychiatry*, 158, 305-308.

Nobre, P. J., & Pinto-Gouveia, J. 2008 . Cognitions, emotions, and sexual response: Analysis of the relationship among automatic thoughts, emotional responses, and sexual arousal. *Archives of Sexual Behavior*, 37 4 , 652-661.

Nock, M. K. 2009 . Why do people hurt themselves? New insights into the nature and function of self-injury. *Current Directions in Psychological Science*, 18, 78-83.

Nock, M. K. 2010 . Self-injury. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 339-363.

Nock, M. K., Kazdin, A. E., Hiripi, E., & Kessler, R. C. 2006 . Prevalence, subtypes, and correlates of DSM-IV conduct disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Psychological Medicine*, 36, 699-710.

Nock, M. K., & Mendes, W. B. 2008 . Physiological arousal, distress tolerance, and social problem solving deficits among adolescent self-injuries. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 28-38.

Nock, M. K., & Prinstein, M. J. 2004 . A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 885-890.

Nock, M. K., Prinstein, M. J., & Sterba, S. K. 2009 . Revealing the form and functions of self-injurious thoughts and behaviors: A real-time ecological assessment study among adolescents and young adults. *Journal of Abnormal Psychology*, 118, 816-827.

Nolen Hoeksema, S. 1991 . Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 569-582.

Nolen Hoeksema, S. 2000 . The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 504-511.

Nolen Hoeksema, S. 2001 . Gender differences in depression. *Current Directions in Psychological Science*, 10, 173-176.

Nolen Hoeksema, S., Wisco, B., & Lyubomirsky, S. 2008 . Rethinking rumination. *Perspectives on Psychological Science*, 3, 400-424.

Noll, S. M., & Fredrickson, B. L. 1998 . A mediational model linking self-objectification, body shame, and disordered eating. *Psychology of Women Quarterly*, 22, 623-636.

Nordin, V., & Gillberg, C. 1998 . The long-term course of autistic disorders: Update on follow-up studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 97, 99-108.

Norman, R. M., Malla, A. K., McLean, R. S., Mclntosh, E. M., Neufeld, R. W, et al. 2002 . An evaluation of a stress management program for individuals with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 58, 292-303.

Norton, G. R., Cox, B. J., & Malan, J. 1992 . Non-clinical panickers: A critical review. *Clinical Psychology Review*, 12, 121-139.

Norton, G. R., Skoog, I., Toone, L., Corcoran, C., Tschanz, J. T., Lisota, R. D., … Steffens, D. C. 2006 . Three-year incidence of first-onset depressive syndrome in a population sample of older adults: The Cache County Study. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 14, 237-245.

Norton, P. J., & Price, E. C. 2007 . A meta-analytic review of adult cognitive – behavioral treatment outcome across the anxiety disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 195 6 , 521-531.

Noyes, R. 1999 . The relationship of hypochondriasis to anxiety disorders. *General Hospital Psychiatry*, 21, 8-17.

O'Brien, W. H., & Haynes, S. N. 1995 . Behavioral assessment. In L. A. Heiden & M. Hersen Eds. , *Introduction to clinical psychology* pp.103-139 . New York: Plenum.

Ockene, J. K., Mermelstein, R. J., Bonollo, D. S., Emmons, K. M., Perkins, K. A., Voorhees, C. C., & Hollis, J. F. 2000 . Relapse and maintenance issues for smoking cessation. *Health Psychology*, 19, 17-31.

Odgers, C. L., Caspi, A., Broadbent, J. M., Dickson, N., Hancox, R. J., Harrington, H., … Moffitt, T. E. 2007 . Prediction of differential adult health burden by conduct problem subtypes in males. *Archives of General Psychiatry*, 64, 476-484.

Odgers, C. L.,Moffitt, T. E., Broadbent, J. M., Dickson, N., Hancox, R. J., Harrington, H., …Caspi, A. 2008 . Female and male antisocial trajectories: From childhood origins to adult outcomes. *Developmental and Psychopathology*, 20, 673-716.

O'Donnell, P., & Grace, A. A. 1998 . Dysfunctions in multiple interrelated systems as the neurobiological bases of schizophrenic symptom clusters. *Schizophrenia Bulletin*, 24, 267-283.

O'Donohue, W. 1993 . The spell of Kuhn on psychology: An exegetical elixir. *Philosophical Psychology*, 6, 267-287.

O'Donohue, W., Dopke, C. A., & Swingen, D. N. 1997 . Psychotherapy for female sexual dysfunction: A review. *Clinical Psychology Review*, 17, 537-566.

O'Donohue, W., & Plaud, J. J. 1994 . The conditioning of human sexual arousal. *Archives of Sexual Behavior*, 23, 321-344.

Oei, T. P. S., & Dingle, G. 2008 . The effectiveness of group cognitive behaviour therapy for unipolar depressive disorders. *Journal of Affective Disorders*, 107, 5-21.

Oetting, E. R., Deffenbacher, J. L., Talyor M. J., Luther, N., Beauvais, F., & Edwards, R. W. 2000 . Methamphetamine use by high school students: Recent trends, gender and ethnicity differences, and use of other drugs. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*, 10, 33-50.

O'Farrell, T. J., & Fals-Stewart, W. 2000 . Behavioral couples therapy for alcoholism and drug abuse. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 18, 51-54.

Office of Applied Studies. 2002 . *Results from the 2001 National Household Survey on Drug Abuse: Vol. 1. Summary of national findings* DHHS Publication No. SMA 02-3758 NHSDA series H-17 . Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Ogden, C. L., Carroll, M. D., & Flegal, K. M. 2008 . High body mass index for age among US children and adolescents, 2003-2006. *Journal of the American Medical Association*, 299, 2401-2405.

Ogden, T., & Halliday-Boykins, C. A. 2004 . Multisystemic treatment of antisocial adolescents in Norway: Replication of clinical outcomes outside the U.S. *Child and Adolescent Mental Health Volume*, 9, 77-83.

Ogrodniczuk, J. S., & Piper, W. E. 2001 . Day treatment for personality disorders: A review of research findings. *Harvard Review of Psychiatry*, 9, 105-117.

O'Hara, M. W., & Swain, A. M. 1996 . Rates and risk of postpartum depression meta-analysis. *International Review of Psychiatry*, 8 37 , 37-54.

O'Hara, M. W., Stuart, S., Gorman, L. L., & Wenzel, A. 2000 . Efficacy of interpersonal psychotherapy for postpartum depression. *Archives of General Psychiatry*, 57 11 , 1039-1045.

Ohman, A., Flykt, A., & Esteves, E. 2001 . Emotion drives attention: Detecting the snake in the grass. *Journal of Experimental Psychology*: *General*, 137, 466-478.

Ohman, A., & Mineka, A. 2003 . The malicious serpent: Snakes as a prototypical stimulus for an evolved module of fear. *Current Directions in Psychological Science*, 12, 5-9.

Ohman, A., & Scares, J. J. F. 1994 . "Unconscious anxiety": Phobic responses to masked stimuli. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 231-240.

O'Kearney, R. T., anstey, K. J., & von Sanden, C. 2006 . Behavioural and cognitive behavioural therapy for obsessive compulsive disorder in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2006*, Issue 4.

Olabi, B., Ellison-Wright, I., McIntosh, A. M., Wood, S. J., Bullmore, E., & Lawrie, S. M. 2011 . Are there progressive brain changes in schizophrenia? A meta-

analysis of structural magnetic resonance imaging studies. *Biological Psychiatry*, 70, 88-96.

Olatunji, B. O., Cisler, J. M., & Tolin, D. F. 2007 . Quality of life in the anxiety disorders: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 27, 572-581.

O'Leary, D. S., Block, R. I., Flaum, M., Schultz, S. K., Ponto, L. L, Boles, Watkins, G. L., … Hichwa, R. D. 2000 . Acute marijuana effects on rCBF and cognition: A PET study. *Neuroreport*: *For Rapid Communication of Neuroscience Research*, 11, 3835-3841.

O'Leary, K. D., & Wilson, G. T. 1987 . *Behavior therapy*: *Application and outcome*: Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Olff, M., Langeland, W. L., Draijer, N., & Gersons, B. P. R. 2007 . Gender differences in posttraumatic stress disorder. *Psychological Bulletin*, 133, 183-204.

Olfson, M., Blanco, C., Liu, L., Moreno, C., & Laje, G. 2006 . National trends in the outpatient treatment of children and adolescents with antipsychotic drugs. *Archives of General Psychiatry*, 63, 679-687.

Olfson, M., & Marcus, S. C. 2010 . National trends in outpatient psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 167, 1456-1463.

Olivardia, R., Pope, H. G., Mangweth, B., & Hudson, J. L 1995 . Eating disorders in college men. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1279-1284.

O'Loughlin, J. O., Paradis, G., Kirn, W., DiFranza, J., Meshefedjian, G., McMillan-Davey, E., … Tyndale, R. E. 2005 . Genetically decreased CYP2A6 and the risk of tobacco dependence: A prospective study of novice smokers. *Tobacco Control*, 13, 422-428.

Olsson, A., Nearing, K. I., & Phelps, E. A. 2007 . Learning fears by observing others: The neural systems of social fear transmission. *Social Cognitive and Affective neuroscience Advances in Assessment*, 2, 3-11.

O'Neal, J. M. 1984 . First person account: Finding myself and loving it. *Schizophrenia Bulletin*, 10, 109-110.

Ono, Y., Yoshimura, K., Sueoka, R., Yaumachi, K., Mizushima, H., Momose, T., … Asai, M. 1996 . Avoidant personality disorder and taijin kyoufu: Sociocultural implications of the WHO/ADAMHA International Study of Personality Disorders in Japan. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 93, 172-176.

Orr, S. P., Metzger, L. J., Lasko, N. B., Macklin, M. L., Hu, E. B., Shalev, A. Y., & Pitman, R. K. 2003 . Physiologic responses to sudden, loud tones in monozygotic twins discordant for combat exposure: Association with posttraumatic stress disorder. *Archives of General Psychiatry*, 60, 283-288.

Ortiz, J., & Raine, A. 2004 . Heart rate level and antisocial behavior in children and adolescents: A meta-analysis. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 154-162.

Ory, M., Hoffman, R. R., Yee, J. L., Tennstedt, S., & Schulz, R. 1999 . Prevalence and impact of caregiving: A detailed comparison between dementia and non-dementia caregivers. *The Gerontologist*, 39, 177-185.

Osby, U., Brandt, L., Correia, N., Ekbom, A., & Sparen, P. 2001 . Excess mortality in bipolar and unipolar disorder in Sweden. *Archives of General Psychiatry*, 58, 844-850.

Osterling, J., & Dawson, G. 1994 . Early recognition of children with autism: A study of first birthday home videotapes. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 24, 247-257.

Otto, M. W., Teachman, B. A., Cohen, L. S., Soares, C. N., Vitonis, A. F., & Harlow, B. L. 2007 . Dysfunctional attitudes and episodes of major depression: Predictive validity and temporal stability in never-depressed, depressed, and recovered women. *Journal of Abnormal Psychology*, 116, 475-483.

Otto, M. W., Tolin, D. F., Simon, N. M., Pearlson, G. D., Basden, S., Meunier, S. A., … Pollack, M. H. 2010 . Efficacy of d-cycloserine for enhancing response to cognitive-behavior therapy for panic disorder. *Biological Psychiatry*, 67 4 , 365-370.

Otway, L. J., & Vignoles, V. L. 2006 . Narcissism and childhood recollection: A quantitative test of psychoanalytic predictions. *Personality and Social Bulletin*, 32, 104-116.

Ouimette, E C., Finney, J, W., & Moos, R. H. 1997 . Twelve-step and cognitive-behavioral treatment for substance abuse: A comparison of treatment effectiveness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 230-240.

Owen, M. J., Craddock, N., & O'Donovan, M. C. 2010 . Suggestion of roles for both common and rare risk variants in genome-wide studies of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 67, 667-673.

Owen, M. J., Williams, N. M., & O'Donovan, M. C. 2004 . The molecular genetics of schizophrenia: new findings promise new insights. *Molecular Psychiatry*, 9, 14-27.

Ozer, D. J., & Benet-Martinez, V. 2006 . Personality and the prediction of consequential outcomes. *Annual Review of Psychology*, 57, 401-421.

Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L., & Weiss, D. S. 2003 . Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 129 1 , 52-73.

Pagnin, D., de Querioz, V., Pini, S., & Cassano, G. B. 2004 . Efficacy of ECT in depression: A meta-analytic review. *Journal of Electroconvulsive Therapy*, 20, 13-20.

Pantelis, C., Velakoulis, D., McGorry, E D., et al. 2003 . Neuroanatomical abnormalities before and after onset of psychosis: A cross-sectional and longitudinal MRI comparison. *Lancet*, 361, 281-288.

Paris, J. 2002 . Implications of long-term outcome research for the management of patients with borderline personality disorder. *Harvard Review of Psychiatry*, 10, 315-323.

Parsons, T. D., & Rizzo, A. A. 2008 . Affective outcomes of virtual reality exposure therapy for anxiety and specific phobias: A meta-analysis. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 39 3 , 250-261.

Patil, S. T., Zhang, L., Martenyi, F., Lowe, S. L., Jackson, K. A., et al. 2007 . Activation of mGlu2/3 receptors as a new approach to treat schizophrenia: A randomized Phase 2 clinical trail. *Nature Medicine*, 13, 1102-1107.

Patronek, G. J., & Nathanson, J. N. 2009 . A theoretical perspective to inform assessment and treatment strategies for animal hoarders. *Clinical Psychology Review*. 29 3 , 274-281.

Patterson, C. M., & Newman, J. E. 1993 . Reflectivity and learning from aversive events: Toward a psychological mechanism for the syndromes of disinhibition. *Psychological Review*, 100, 716-736.

Patterson, G. R. 1982 . *Coercive family process*. Eugene, OR: Castilia.

Patterson, G. R., Crosby, L., & Vuchinich, S. 1992 . Predicting risk for early police arrest. *Journal of Quantitative Criminology*, 8, 335-355.

Paulhus, D. L. 1998 . Interpersonal and intrapsychie adaptiveness of trait self-enhancement: A mixed blessing? *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 1197-1208.

Paulhus, M. P., Tapert, S. F., & Schuckit, M. A. 2005 . Neural activation patterns of methamphetamine-dependent subjects during decision making predict relapse. *Archives of General Psychiatry*, 62, 761-768.

Paxton, S. J., Schutz, H. K., Wertheim, E. H., & Muir, S. L. 1999 . Friendship clique and peer influences on body image concerns, dietary restraint, extreme weight-loss behaviors, and binge eating in adolescent girls. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 255-264.

Peat, C., Mitchell, J. E., Hoek, H. W., & Wonderlich, S. A. 2009 . Validity and utility of subtyping anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 42, 590-594.

Peeples, E., & Loeber, R. 1994 . Do individual factors and neighborhood context explain ethnic differences in juvenile delinquency? *Journal of Quantitative Criminology*, 10, 141-157.

Pelham, W. E., Gnagy, E. M., Greiner, A. R., Hoza, B., Hinshaw, S. P., Swanson, J. M., … McBurnett, K. 2000 . Behavioral versus behavioral plus pharmacological treatment for ADHD children attending a summer treatment program. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28, 507-525.

Pendlebury, S. T., & Rothwell, P. M. 2009 . Prevalence, incidence, and factors associated with pre-stroke and post-stroke dementia: A systematic review and meta-analysis. *Lancet Neurology*, 8 11 , 1006-1018.

Penn, D. L., Chamberlin, C., & Mueser, K. T. 2003 . The effects of a documentary film about schizophrenia on psychiatric stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 29, 383-391.

Penn, D. L., & Mueser, K. T. 1996 . Research update on the psychosocial treatment of schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 153, 607-617.

Pennebaker, J. W., Kiecolt-Glaser, J. K., & Glaser, R. 1988 . Disclosure of traumas and immune function: Health implications for psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 239-245.

Pennington, B. E. 1995 . Genetics of learning disabilities. *Journal of Child Neurology*, 10, S69-S77.

Penezes, P., Cahill, M. E., Jones, K. A., Vanleeuwen, J. E., & Woolfrey, K. M. 2011 . Dendritic spine pathology in neuropsychiatric disorders. *Nature Neuroscience*, 14, 285-293.

Peplau, L. A. 2003 . Human Sexuality: How do men and women differ? *Current Directions in Psychological Science*, 12. 37-40.

Perez, M., & Joiner, T. E. 2003 . Body image dissatisfaction and disordered eating in black and white women. *International Journal of Eating Disorders*, 33, 342-350.

Perez, M., Voelz, Z. R., Pettit, J. W, & Joiner, T. E. 2002 . The role of acculturative stress and body dissatisfaction in predicting bulimic symptomatology across ethnic groups. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 442-454.

Perkins, D. D. 1995 . Speaking truth to power: Empowerment ideology as social intervention and policy. *American Journal of Community Psychology*, 23, 765-794.

Perkins, K. A., Ciccocioppo, M., Conklin, C. A., Milanek, M. E., Grottenthaler, A., & Sayette, M. A. 2008 . Mood influences on acute smoking responses are independent of nicotine intake and dose expectancy. *Journal of Abnormal Psychology*, 117, 79-93.

Perkins, K. A., Karelitz, J. L., Conklin, C. A., Sayette, M. A., & Giedgowd, G. E. 2010 . Acute negative affect relief from smoking depends on the affect situation and measure but not on nicotine. *Biological Psychiatry*, 67, 707-714.

Perkonigg, A., Pfister, H., Stein, M. B., Hofler, M. B., Lieb, R., Maercker, A., & Wittchen, H. U. 2005 . Longitudinal course of posttraumatic stress disorder and posttraumatic stress. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1320-1327.

Perlin, M. L. 1994 . *Law and menial disability*. Charlottesville, VA: Michie Company.

Perry, J. C., Banon, E., & lanni, E 1999 . Effectiveness of psychotherapy for personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1312-1321.

Perry, R., Campbell, M., Adams, P, Lynch, N., Spencer, E. K., Curren, E. L., & Overall, J. E. 1989 . Long-term efficacy of haloperidol in autistic children:

Continuous versus discontinuous administration. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 87-92.

Persing, J. S., Stuart, S. E, Noyes, R., & Happel, R. L. 2000 . Hypochondrisis: The patient's perspective. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 30, 329-342.

Persons, J. B., Bostrom, A., & Bertagnolli, A. 1999 . Results of randomized controlled trials of cognitive therapy for depression generalize to private practice. *Cognitive Therapy Research*, 23, 535-548.

Perugi, G., Akiskal, H. S., Giannotti, D., Frare, E., Di Vaio, S., & Cassano, G. b. 1997 . Gender-related differences in body dysmorphic disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185,578-582.

Pescosolido, B. A., Martin, J. K., Long, J. S., Medina, T. R., Phelan, J. C., & Link, B. G. 2010 . "A disease like any other?" A decade of change in public relations to schizophrenia, depression and alcohol dependence. *American Journal of Psychiatry*, 167, 1321-1330.

Peterson, C. B., Mitchell, J. E., Crow, S. J., Crosby, R. D., & Wonderlich, S. A. 2009 . The efficacy of self-help group treatment and therapist-led group treatment for binge eating disorder. *American Journal of Psychiatry*, 166, 1347-1354.

Petry, N. M., Alessi, S. M., & Hanson, M. 2007 . Contingency management improves abstinence and quality of life in cocaine abusers. *Journal of Consulting and Clinical Psychiatry*, 75, 307-315.

Petry, N. M., Alessi, S. M., Marx, J., Austin, M., & Tardif, M. 2005 . Vouchers versus prizes: Contingency management of substance abusers in community settings. *Journal of Consulting and Clinical Psychiatry*, 73, 1005-1014.

Pettinati, H. M., Oslin, D. W., Kampman, K. M., Dundon, W. D., Xie, H., Gallis, T. L., et al. 2010 . A double blind, placebo-controlled trail combining sertraline and naltrexone for treating co-occurring depression and alcohol dependence. *American Journal of Psychiatry*, 167, 668-675.

Phillips, D. E. 1974 . The influence of suggestion on suicide: Substantive and theoretical implications of the Werther effect. *American Sociological Review*, 39, 340-354.

Phillips, D. P. 1985 . The effect Werther. *The Sciences*, 25, 33-39.

Phillips, K. A. 2005 . *The broken mirror: Understanding and treating body dysmorphic disorder*. New York: Oxford University Press.

Phillips, K. A. 2006 . "I look like a monster": Pharmacotherapy and cognitive-behavioral therapy for body dysmorphic disorder. In R. L. Spitzer, M. B. First, J. B. W. Williams, & M. Gibbon Eds. , *DSM-IV-TR case book Vol. 2 experts tell how they treated their own patients* pp. 263-276 . Washington, D. C: American Psychiatric Publishing.

Phillips, K. A., McElroy, S. L., Dwight, M. M., Eisen, J. L., & Rasmussen, S. A. 2001 . Delusionality and response to open-label fluvoxamine in body dysmorphic disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62, 87-91.

Phillips, K. A., Pagano, M. E., Menard, W., & Stout, R. L. 2006 . A 12-month follow-up study of the course of body dysmorphic disorder. *American Journal of Psychiatry*, 163, 907-912.

Phillips, K. A., Stein, D. J., Rauch, S. L., Hollander, E., Fallon, B. A., Barsky, A., … Leckman, J. 2010 . Should an obsessive-compulsive spectrum grouping of disorders be included in DSM-V? *Depression and Anxiety*, 27 6 , 528-555.

Phillips, K. A., Wilhelm, S., Koran, L. M., Didie, E. R., Fallon, B. A., Feusner, J., & Stein, D. J. 2010 . Body dysmorphic disorder: Some key issues for DSM-V? *Depression and Anxiety*, 27 6 , 573-591.

Phillips, K. A., Francey, S. M., Edwards, J., & McMurray, N. 2007 . Stress and psychosis: Towards the development of new models of investigation. *Clinical Psychology Review*, 27, 307-317.

Phillips, M. A., Ladouceur, C. D., & Dreverts, W. C. 2008a . A netural model of voluntary and automatic emotion regulation: Implication for understanding the pathophysiology and neurodevelopment of bipolar disorder. *Molecular Psychiatry*, 13, 833-857.

Phillips, M. A., Ladouceur, C. D., & Dreverts, W. C. 2008b . A netural model of voluntary and automatic emotion regulation: Implication for understanding the pathophysiology and neurodevelopment of bipolar disorder. *Molecular Psychiatry*, 13, 833-857.

Piasecki, T. M. 2006 . Relapse to smoking. *Clinical Psychology Review*, 26, 196-125.

Pierce, J. M., Petry, N. M., Stitzer, M., Blaine, J., Kellog, S., et al. 2006 . Effects of lower-cost incentives on stimulant abstinence in methadone maintenance treatment. *Archives of General Psychiatry*, 63, 201-208.

Pierce, J. P., Choi, W S., Gilpin, E. A., Farkas, A. J., & Berry, C. C. 1998 . Tobacco ads, promotional items linked with teen smoking. *Journal of the American Medical Association*, 279, 511-515.

Pierce, K., & Courchesne, E. 2001 . Evidence for a cerebellar role in reduced exploration and stereotyped behavior in autism. *Biological Psychiatry*, 49, 655-664.

Pierce, K., Haist, E., Sedaghadt, E., & Corchesne, E. 2004 . The brain response to personally familiar faces in autism: Findings of fusiform activity and beyond. *Brain*, L27, 1-14.

Pierce, K., Muller, R. A., Ambrose, J., Alien, G., & Courchesne, E. 2001 . Face processing occurs outside the fusiform 'face area' in autism: Evidence from functional MRI. *Brain*, 124, 2059-2073.

Pietromonanco, P. R., & Barrett, L. F. 1997 . Working models of attachment and daily social interactions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, 1409-1423.

Pike, K. M., Dohm, F, Striegel-Moore, R. H., Wilfiey, D. E., & Fairburn, C. M. 2001 . A comparison of black and white women with binge eating disorder. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1455-1460.

Pilling, S., Bebbington, P., Kuipers, E., Garety, P., Geddes, L., … Morgan, C. 2002 . Psychological treatments in schizophrenia: II. Meta-analyses of randomized controlled trials of social skills training and cognitive remediation. *Psychological Medicine*, 32, 783-791.

Pincus, H. A., Frances, A., Davis, W. W., First, M. B., & Widiger, T. A. 1992 . DSM-IV and new diagnostic categories: Holding the line on proliferation. *American Journal of Psychiatry*, 149, 112-117.

Pineles, S. L., & Mineka, S. 2005 . Attentional biases to internal and external sources of potential threat in social anxiety. *Journal of Abnormal*, 114, 314-318.

Piper, A., Pope, H. G., & Borowiecki, J. J. 2000 . Custer's last stand: Brown, Schefln, and Whitfiled's latest attempt to salvage "dissociative amnesia. *Journal of Psychiatry and the Law*, 28, 149-213.

Pitman, R. K., Orr, S. P., Altman, B., & Longpre, R. E. 1996 . Emotional processing during eye movement desensitization and reprocessing therapy of Vietnam veterans with chronic posttraumatic stress disorder. *Comprehension Psychology*, 37, 419-429.

Piven, J., Arndt, S., Bailey, J., & Andreasen, N. 1996 . Regional brain enlargement in autism: A magnetic resonance imaging study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 530-536.

Piven, J., Arndt, S., Bailey, J., Havercamp, S., Andreasen, N. C., & Palmer, E. 1995 . An MRI study of brain size in autism. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1145-1149.

Placidi, G. E., Oquendo, M. A., Malone, K. M., Huang, Y. Y., Ellis, S. P., & Mann, J. J. 2001 . Aggressivity, suicide attempts, and depression: Relationship to cerebrospinal fluid monoamine metabolite levels. *Biological Psychiatry*, 50, 783-791.

Plomin, R. 1999 . Genetics and general cognitive ability. *Nature*, 402, C25-C29.

Plomin, R., DeFries, J. C., Craig, I. W., & McGuffin, P. 2003 . *Behavioral Genetics in the Postgenomic Era*. Washington, DC: APA Books.

Plomin, R., & Kovas, Y. 2005 . Generalist genes and learning disabilities. *Psychological Bulletin*, 131, 592-617.

Pole, N., Gone, J. P., & Kulkarni, M. 2008 . Posttraumatic stress disorder among ethnoracial minorities in the United States. *Clinical Psychology Science and Practice*, 15, 35-61.

Pole, N., Neylan, T. C., Otte, C., Henn-Hasse, C., Metzler, T. J., & Marmar, C. R. 2009 . Prospective prediction of Posttraumatic stress disorder symptoms using fear potentiated auditory startle response. *Biological Psychiatry*, 65 3 , 235-240

Polich, J. M., Armor, D. J., & Braiker, H. B. 1980 . Patterns of alcoholism over four years. *Journal of Studies on Alcohol*, 41, 397-415.

Polivy, J. 1976 . Perception of calories and regulation of intake in restrained and unrestrained eaters. *Addictive Behaviors*, 1, 237-244.

Polivy, J., Heatherton, T. E, & Herman, C. P. 1988 . Self-esteem, restraint and eating behavior. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 354-356.

Polivy, J., & Herman, C. E 1985 . Dieting and hinging: A causal analysis. *American Psychologist*, 40, 193-201.

Polivy, J., Herman, C. E, & Howard, K. 1980 . *The Restraint Scale*. In A. Stunkard Ed. , Obesity. Philadelphia: Saunders.

Polivy, J., Herman, C. E, & McFarlane, T. 1994 . Effects of anxiety on eating: Does palatability moderate distress-induced overeating in dieters? *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 505-510.

Polonsky, D. C. 2000 . Premature ejaculation. In R. C. Rosen and S. R. Leiblum Eds. , *Principles and practice of sex therapy* 3rd ed., pp. 305-332 . New York: Guilford.

Pomerleau, O. E., Collins, A. C., Shiftman, S., & Pomerleau, C. S. 1993 . Why some people smoke and others do not: New perspectives. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 723-731.

Poole, D. A., Lindsay, D. S., Memon, A., & Bull, R. 1995 . Psychotherapy and the recovery of memories of childhood sexual abuse: U.S. and British practitioners' opinions, practices and experiences. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 426-437.

Pope, H. G. J., Lalonde, J. K., Pindyck, L. J., Walsh, B. T., Bulik, C. M., et al. 2006 . Binge eating disorder: A stable syndrome. *American Journal of Psychology*, 163, 2181-2183.

Pope, H. G., Oliva, P. S., Hudson, J. I., Bodkin, J. A., & Gruber, A. 1999 . Attitudes toward DSM-IV dissociative disorders diagnoses among board-certified American Psychiatrists. *American Journal of Psychiatry*, 156 2 , 321-323.

Pope, H. G., Poliakoff, M. B., Parker, M. P., Boynes, M., & Hudson, J. J. 2006 . Is dissociative amnesia a culture bound syndrome? Findings from a survey of historical literature. *Psychological Medicine*, 37, 1067-1068.

Pope, K. S. 1998 . Pseudoscience, cross-examination, and scientific evidence in the recovered memory controversy. *Psychology, Public Policy, and Law*, 4, 1160-1181.

Porter, S., Yuille, J. C., & Lehman, D. R. 1999 . The nature of real, implanted, and fabricated memories for emotional childhood events: Implications for the recovered memory debate. *Law and Human Behavior*, 23, 415-537.

Posey, M. J., & McDougle, C. M. 2000 . The pharmacotherapy of target symptoms associated with autistic disorder and other pervasive developmental disorders. *Harvard Review of Psychiatry*, 8, 45-63.

Potkin, S. G., Alva, G., Fleming, K., et al. 2002 . A PET study of the pathophysiology of negative symptoms in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 159, 227-237.

Powell, R. A., & Gee, T. L. 2000 . "The effects of hypnosis on dissociative identity disorder: A reexamination of the evidence": Reply. *Canadian Journal of Psychiatry*, 45, 848-849.

Powers, E. Saultz, J., & Hamilton, A. 2007 . Which lifestyle interventions effectively lower LDL cholesterol? *Journal of Family Practice*, 56, 483-485.

Prechter, G. C., & Shepard, J. W. J. 1990 . Sleep and sleep disorders in the elderly. In R. J. Martin Ed. , *Cardiorespiratory disorders during sleep* pp. 365-386 . Armonk, NY: Futura.

Prentky, R., & Burgess, A. W. 1990 . Rehabilitation of child molesters: A cost-benefit analysis. *American Journal of Orthopsychiatry*, 60 1 , 108-117.

Prevention, C.F.D.C.A. 2011 . *HIV surveillance report*: *Diagnoses of HIV infection and AIDS in the United States and dependent areas*, *2009*. Atlanta: CDC. Retrieved from http://www.cdc.gov/hiv/surveillance/resources/reports

Price, D.D., Craggs, J. G., Zhou, Q., Verne, G. N., Perlstein, W. M., & Robinson, M. E. 2009 . Widespread hyperalgesia in irritable bowel syndrome is dynamically maintained by tonic visceral impulse input and placebo/nocebo factors: Evidence from human Psychophysics, animal models, and neuroimaging. *Neurolmage*, 47, 995-1001.

Prien, R. E, & Potter, W. Z. 1993 . Maintenance treatment for mood disorders. In D. L. Dunner Ed. , *Current psychiatric therapy*. Philadelphia: Saunders.

Prieto, S. L., Cole, D. A., & Tageson, C. W. 1992 . Depressive self-schemas in clinic and nonclinic children. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 521-534.

Primack, B. A., Bost, J. E., Land, S. R., & Fine, M. J. 2007 . Volume of tobacco adverting in African American markets: Systematic review and meta-analysis. *Public Health Reports*, 122, 607-615.

Prinz, P., & Raskind, M. 1978 . Aging and sleep disorders. In R. Williams & R. Karacan Eds. , *Sleep disorders*: *Diagnosis and treatment*. New York: Wiley.

Pryor, T, Wiederman, M. W., & McGilley, B. 1996 . Clinical correlates of anorexia subtypes. *International Journal of Eating Disorders*, 19, 371-379.

Przeworski, A., & Newman, M. G. 2006 . Efficacy and utility of computer-assisted cognitive behavioural therapy for anxiety disorders. *Clinical Psychologist*, 10, 43–53.

Pujols, Y., Seal, B. N., & Meston, C. M. 2010 . The association between sexual satisfaction and body image in women. *Journal of Sexual Medicine*, 7 2 , 906-916.

Pukall, C. F., Payne, K. A., Kao, A., Khalife, S., & Binik, Y. M. 2005 . Dyspareunia. In R. Balon & R. T. Segraves Eds. , *Handbook of Sexual dysfunctions and paraphilias*. Boca Raton, FL: Taylor & Francis.

Purdie, E. R., Honigman, T. B., & Rosen, P 1981 . Acute organic brain syndrome: A view of 100 cases. *Annals of Emergency Medicine*, 10, 455-461.

Putnam, F W 1993 . Dissociative disorders in children: Behavioral profiles and problems. *Child Abuse and Neglect*, 17,39-45.

Putnam, F. W. 1996 . A brief history of multiple personality disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 5, 263-271.

Putnam, E. W., Guroff, J. J., Silberman, E. K., Barban, L., & Post, R. M. 1986 . The clinical phenomenology of multiple personality disorder: Review of 100 recent cases. *Journal of Clinical Psychiatry*, 47, 285-293.

Qato, D. M., Alexander, G. C., Conti, R. M., Johnson, M., Schumm, P., & Lindau, S. T. 2008 . Use of prescription and over-the-counter medications and medications and supplements among older adults in the United States. *Journal of the American Medical Association*, 300 24 , 2867-2878.

Qualls, S. H., Segal, D. L, Norman, S., Niederehe, G., & Gallagher-Thompson, D. 2002 . Psychologists in practice with older adults: Current patterns, sources of training, and need for continuing education. *Professional Psychology*: *Research and Practice*, 33, 435-442.

Quinsey, V. L., Harris, G. T., Rice, N. E., & Cormier, C. A. 2006 . *Violent offenders*: *Appraising and managing risk* 2nd ed. . Washington, DC: American Psychological Association.

Rachman, S. 1977 . The conditioning theory of fear acquisition: A critical examination. *Behaviour Research and Therapy*, 15, 375-387.

Rachman, S., & DeSilva, P. 1978 . Abnormal and normal obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 16,233-248.

Rachman, S. J., & Wilson, G. T. 1980 . *The effects of psychological therapy* 2nd ed. . Elmsford, NY: Pergamon.

Rademaker, A. R., van Zuiden, M., Vermetten, E., & Geuze, E. 2011 . Type D personality and the development of PTSD symptoms: A prospective study. *Journal of Abnormal Psychology*, 120 2 , 299-307.

Raine, A. 2006 . Schizotypal personality : Neuro-developmental and psychosocial trajectories. *Annual Review of Clinical Psychology*, 2, 291-326.

Raine, A., Venables, P. H., & Williams, M. 1990 . Relationships between central and autonomic measures of arousal at age 15 years and criminality at age 24 years. *Archives of General Psychiatry*, 47, 1003–1007.

Raine, A., & Yang, Y. 2007 . The neuroanatomical bases of psychopathy: A review of brain imaging findings. In C. J. Patrick Ed. , *Handbook of psychopathy* pp.278–295 . New York: Guilford.

Raj, B. A., Corvea, M. H., & Dagon, E. M. 1993 . The clinical characteristics of panic disorder in the elderly: A retrospective study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 54, 150-155.

Rao, Y., Hoffmann, E., Zia, M., et al. 2000 . Duplications and defects in the CYP2A6 gene: Identification, genotyping, and in vivo effects on smoking. *Molecular Pharmacology*, 58, 747-755.

Rapee, R., Mattick, R., & Murrell, E. 1986 . Cognitive mediation in the affective component of spontaneous panic attacks. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 17, 245-253.

Rapee, R. M., Abbott, M., & Lyneham, H. 2006 . Bibliotherapy for children with anxiety disorders using written material for parents: A randomized controlled trail. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 436-444.

Rapee, R. M., Schniering, C. A., & Hudson, J. L. 2009 . Anxiety disorders during childhood adolescence: Origins and treatment. *Annual Reviews of Clinical Psychology*, 5, 311-341.

Rapin, I. 1997 . Autism. *New England Journal of Medicine*, 337, 97-104.

Rapoport, J. L., Swedo, S. E., & Leonard, H. L. 1992 . Childhood obsessive compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 53 Supp1-4 , 11-16.

Rapp, M. A., Schnaider-Beeri, M., Grossman, H. T., Sano, M., Perl, D. P., Purohit, D. P., et al. 2006 . Increased hippocampal plaques and tangles in patients with Alzheimer disease with a lifetime history of major depression. *Archives of General Psychiatry*, 63, 161–167.

Rascovsky, K., et al., 2011 . Sensitivity of revised diagnostic criteria for the behavioral variant of frontotemporal dementia. *Brain*, 134, 2456-2477.

Raskind, W H. 2001 . Current understanding of the genetic basis of reading and spelling disability Learning. *Disability Quarterly*, 24, 141-157.

Rassin, E., Merckelbach, H., Muris, E, & Schmidt, H. 2001 . The thought-action fusion scale: Further evidence for its reliability and validity. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 537-544.

Rassin, E., Muris, P., Schmidt, H., & Merckelbach, H. 2000 . Relationships between thought-action fusion. thought suppression and obsessive-compulsive symptoms: A structural equation modeling approach. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 889-897.

Rather, B. C, Goldman, M. S., Roehrich, L., & Brannick, M. 1992 . Empirical modeling of an alcohol expectancy memory network using multidimensional scaling. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 174-183.

Rauch, S. L., Whalen, P. J., Shin, L. M., Mclnemey, S. C., Macklin, M. L., Lasko, N. B., … Pitman, R. K. 2000 . Exaggerated amygdala response to masked facial stimuli in posttraumatic stress disorder: A functional MRI study. *Biological Psychiatry*, 47, 769-776.

Rawson, R. A., Martinelli-Casey, P, Anglin, M. D., el al. 2004 . A multi-site comparison of psychosocial approaches for the treatment of methamphetamine dependence. *Addiction*, 99, 708-717.

Reas, D. L., Williamson, D. A., Martin, C. K., & Zucker, N. L. 2000 . Duration of illness predicts outcome for bulimia nervosa: A long-term follow-up study. *International Journal of Eating Disorders*, 27, 428-434.

Rector, N. A., Beck, A. T., & Stolar, N. 2005 . The negative symptoms of schizophrenia: A cognitive perspective. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50, 247–257.

Redding, N. 2009 . *Methland: The death and life of an American small town*. New York: Bloomsbury USA.

Redmond, D. E. 1977 . Alterations in the function of the nucleus locus coeruleus. In I. Hanin & E. Usdin Eds. , *Animal models in psychiatry and neurology*. New York: Pergamon.

Regeer, E. J., ten Have, M., Rosso, M. L., van Roijen, L. H., Vollebergh, W., & Nolen, W. A. 2004 . Prevalence of bipolar disorder in the general population: A reappraisal study of the Netherlands mental health survey and incidence study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110, 374-382.

Regier, D. A., Boyd, J. H.,Burke, J. D. & Rae, D. S., Myers, J. K., Kramer, M., Robins, L. N., George, L. K., Kamo, M., & Locks., B. Z. 1988 . One-month prevalence of mental disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 45, 977-986.

Regier, D. A., Narrow, W E., Rae, D. S., & Manderscheid, R. W. 1993 . The de facto US mental and addictive disorders service system: Epidemiologic catchment area prospective 1-year prevalence rates of disorders and services. *Archives of General Psychiatry*, 50, 85-94.

Regland, B., Johansson, B.V., Grenfeldt, B., Hjelmgren, L.T., & Medhus, M. 1995 . Homocysteinemia is a common feature of schizophrenia. *Journal of Neural Transmission: General Section*, 100, 165–169.

Reich, D., & Zanarini, M. C. 2001 . Developmental aspects of borderline personality disorder. *Harvard Review of Psychiatry*, 9, 294-301.

Reich, J., 2000 . The relationship of social phobia to avoidant personality: A proposal to reclassify avoidant personality disorder based on clinical empirical findings. *European Psychiatry*, 15, 151-159.

Reichborn-Kjennerud, T., Czajkowski, N., Neale, M. C., Ørstavik, R. E., … Kendler, K. S. 2007 . Genetic and environmental influences on dimensional representations of DSM-IV cluster C personality disorders: A population-based multivariate twin study. *Psychological Medicine*, 37, 645-653.

Reichborn-Kjennerud, T., Czajkowski, N., Torgersen, S., Neale, M. C., Ørstavik, R. E., Tambs, K., & Kendler, K. S. 2007 . The relationship between avoidant personality disorder and social phobia: A population-based twin study. *American Journal of Psychiatry*, 164, 1722-1728.

Reid, D. H., Wilson, R G., & Faw, G. D. 1991 . Teaching self-help skills. In J. L. Matson & J. A. Mulick Eds. , *Handbook of mental retardation*. New York: Pergamon Press.

Reilly-Harrington, N. A., Alloy, L. B., Fresco, D. M., & Whitehouse, W G. 1999 . Cognitive styles and life events interact to predict bipolar and unipolar symptomatology. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 567-578.

Reimherr, E. W., Strong, R. E., Marchant, B. K., Hedges, D. W, & Wender, P. H. 2001 . Factors affecting return of symptoms 1 year after treatment in a 62-week controlled study of fluoxetine in major depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62, 16-23.

Reiss, D., Heatherington, E. M., Plomin, R., Howe, G. W., Simmens, S. J., Henderson, S. H., … Law, T. 1995 . Genetic questions for environmental studies: Differential parenting and psychopathology in adolescence. *Archives of General Psychiatry*, 52, 925-936.

Reissing, E. D., Binik, Y. M., & Khalife, S. 1999 . Does vaginismus exist? A critical review of the literature. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 187, 261-274.

Renneberg, B., Goldstein, A. J., Phillips, D., & Chambless, D. L. 1990 . Intensive behavioral group treatment of avoidant personality disorder. *Behavior Therapy*, 21, 363-377.

Renshaw, D. C. 2001 . Women coping with a partner's sexual avoidance. *Family Journal-Counseling & Therapy for Couples & Families*, 9, 11–16.

Resick, P. A., Nishith, P., & Griffin, M. G. 2003 . How well does cognitive-behavioral therapy treat symptoms of complex PTSD? An examination of child sexual abuse survivors within a clinical trial. *CNS Spectrums*, 8, 351–355.

Resick, E. A., Nishith. E., Weaver, T. L., Astin, M. C., & Feuer, C. A. 2002 . A comparison of cognitive-processing therapy with prolonged exposure and a waiting condition for the treatment of chronic posttraumatic stress disorder in female rape victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 867-879.

Ressler, K. J., & Nemeroff, C. B. 1999 . Role of norepinephrine in the pathophysiology and treatment of mood disorders. *Biological Psychiatry*, 46, 1219-1233.

Ressler, K. J., Rothbaum, B. O., Tannenbaum, L., Anderson, P., Graap, K., Zimand, E., … Davis, M. 2004 . Cognitive enhancers as adjuncts to psychotherapy: Use of D-cycloserine in phobic individuals to facilitate extinction of fear. *Archives of General Psychiatry*, 61, 1136–1144.

Rey, J. M., Martin, A., & Krabman, E 2004 . Is the party over? Cannabis and juvenille psychiatric disorder: The past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 1194-1205.

Reynolds, C. R., Chastain,R. L., Kaufman, A. S., & McLean, J. E. 1997 . Demographic characteristics and IQ among adults: Analysis of the WAIS-R standardization sample as a function of the stratification variables. *Journal of School Psychology*, 25, 323-342.

Rhee, S. H. & Waldman, I. D. 2002 . Genetic and environmental influences on antisocial behavior. A metaanalysis of twin and adoption studies. *Psychological Bulletin*, 128, 490–529.

Rhode, P., Seeley, J. R., Kaufman, N. K, Clarke, G. N., & Stice, E. 2006 . Predicting time to recovery among depressed adolescents treated in two psychosocial group interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 80–88.

Richards, E S., Baldwin, B. M., Frost, H. A., Clark-Sly, J. B., Berrett, M. E., & Hardman, R. K. 2000 . What works for treating eating disorders? Conclusions of 28 outcome reviews. *Eating Disorders*, 8, 189-206.

Richards, R. L., Kinney, D. K., Lunde, I., Benet, M., & Merzel, A. 1988 . Creativity in manic-depressives, cyclothymes, their normal relatives, and control subjects. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 281-288.

Richters, H., De Visser, R. O., Rissel, C. E., Grulich, A. E., & Smith, A. M. 2008 . Demographic and psychosocial features of participants in bondage and discipline, "sadomasochism" or dominance and submission BDSM : Data from a national survey. *Journal of Sexual Medicine*, 7, 1660-1668.

Ricks, D. M. 1972 . *The- beginning of vocal communication in infants and autistic children*. Unpublished doctoral dissertation, University of London.

Ridenour, T. A., Miller, A. R., Joy, K. L., & Dean, R. S. 1997 . "Profile" analysis of the personality characteristics of child molesters using the MMPI-2. *Journal of Clinical Psychology*, 53, 575-586.

Ridker, E. M., Cook, N. R., Lee, I. M., Gordon, D., Gaziano, J. M., … Buring, J. E. 2005 . A Randomized trial of low-dose aspirin in the primary prevention of cardiovascular disease in women. *JAMA*, 352, 1293-1304.

Ridley, M. 2003 . *Nature via Nurture: Genes, Experience, and what makes us human*. Great Britain: Harpers Collins.

Rieder, R. O., Mann, L. S., Weinberger, D. R., van Kammen, D. P., & Post, R. M. 1983 . Computer tomographic scans in patients with schizophrenia, schizoaffective, and bipolar affective disorder. *Archives of General Psychiatry*, 40, 735-739.

Rief, W., & Broadbent, E. 2007 . Explaining medically unexplained symptoms – models and mechanisms. *Clinical Psychology Review*, 27 7 , 821-841.

Rief, W., Buhlmann, U., Wilhelm, S., Borkenhagen, A., & Brähler, E. 2006 . The prevalence of body dysmorphic disorder: A population-based survey. *Psychological Medicine*, 36, 877–885.

Riley, A. J., &t Riley, E. J. 1978 . A controlled study to evaluate directed masturbation in the management of primary orgasmic failure in women. *British Journal of Psychiatry*, 133, 404-409.

Rimland, B. 1964 . Infantile autism. New York: Appleton-Century-Crofts.

Rind, B., Tromovitch, E, & Bauserman, R. 1998 . A meta-analytic examination of assumed properties of child sexual abuse using college students. *Psychological Bulletin*, 124, 22-53.

Ringwalt, C., Ennett, S. T, & Holt, K. D. 1991 . An outcome evaluation of Project DARE Drug Abuse Resistance Education . *Health Education Research*, 6, 327-337.

Rinne, T., van den Brink, W., Wouters, L., & van Dyck, R. 2002 . SSRI treatment of borderline personality disorder: A randomized, placebo-controlled clinical trial for female patients with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 159, 2048-2054.

Ritsher, J. B., Struening, E. L., Hellman, F, & Guardino, M. 2002 . Internal validity of an anxiety disorder screening instrument across five ethnic groups. *Psychiatry Research*, 111,199-213.

Ritvo,E. R., Freeman,B. J.,Geller,E., & Yuwiler, A. 1983 . Effects of fenfluramine on 14 outpatients with the syndrome of autism, *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 22, 549-558.

Roan, S. 1992, October 15 . Giving up coffee tied to withdrawal symptoms. *Los Angeles Times*, pp. A26.

Robbins, S. J., Ehrman, R. N., Childress, A. R., Cornish, J. W, & O'Brien, C. P. 2000 . Mood state and recent cocaine use are not associated with levels of cocaine cue reactivity. *Drug and Alcohol Dependence*, 59, 33-42.

Roberts, B. W., Kuncel, N. R., Shiner, R., Caspi, A., & Goldberg, L. R. 2007 . The power of personality: The comparative validity of personality traits, socioeconomic status, and cognitive ability for predicting important life outcomes. *Perspectives on Psychological Science*, 2, 313–345.

Robiner, W. N. 2006 . The mental health professions: Workforce supply and demand, issues, and challenges. *Clinical Psychology Review*, 26, 600–625.

Robinson, D. N. 1996 . *Wild beasts and idle humors: The insanity defense from antiquity to the present*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Robinson, L. A., Klesges, R. C., Zbikowski, S. M., & Glaser, R. 1997 . Predictors of risk for different stages of adolescent smoking in a biracial sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 653-662.

Robinson, N. S., Garber, J., & Hillsman, R. 1995 . Cognitions and stress: Direct and moderating effects on depression versus externalizing symptoms during the junior high school transition, *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 453-463.

Robinson, T. E., & Berridge, K. C. 1993 . The neural basis of drug craving: An incentive sensitization theory of addiction. *Brain Research Reviews*, 18, 247- 191.

Robinson, T. E., & Berridge, K. C. 2003 . Addiction. *Annual Review of Psychology*, 54, 25-53.

Robinson-Whelan, S., Tada, Y., McCallum, R. C., McGuire, L., & Kiecolt-Glaser, J. K. 2001 . Long-term caregiving: What happens when it ends? *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 573-584.

Rodin, J., McAvay, G., & Timko, C. 1988 . A longitudinal study of depressed mood and sleep disturbances in elderly adults. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 43, 45-53.

Roehrig, J. P., & Mclean, C. P. 2010 . A comparison of stigma toward eating disorders versus depression. *International Journal of Eating Disorders*, 43, 671-674.

Roemer, L., Lee, J. K., Salters-Pedneault, K., Erisman, S. M., Orsillo, S. M., & Mennin, D. S. 2009 . Mindfulness and emotion regulation difficulties in generalized anxiety disorder: Preliminary evidence for independent and overlapping contributions. *Behavior Therapy*, 40 2 , 142-154.

Roemer, L., Molina, S., & Borkovec, T. D. 1997 . An investigation of worry content among generally anxious individuals. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185, 314-319.

Roemer, L., Orsillo, S. M., & Barlow, D. H. 2004 . Generalized anxiety disorder. In D. H. Barlow Ed. , *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* pp. 477-515 . New York: Guilford.

Rogler, L. H., & Hollingshead, A. B. 1985 . *Trapped: Families and schizophrenia* 3rd ed. . Maplewood, NJ: Waterfront Press.

Rohan, K. J., Roecklein, K. A., Lindsey, K. T., Johnson, L. G., Lippy, R. D., Lacy, T. J., et al. 2007 . A randomized controlled trial of cognitive-behavioral therapy, light therapy, and their combination for seasonal affective disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 489–500.

Romans, S. E., Gendall, K. A., Martin, J. L., & Mullen, P. E. 2001 . Child sexual abuse and later disordered eating: A New Zealand epidemiological study. International Journal of Eating Disorders, 29, 380–392.

Root, T. L., Pinheiro, A. P., Thornton, L., Strober, M., Fernandez-Aranda, F., Brandt, H., et al. 2010 . Substance use disorders in women with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 43, 14-21.

Rosa-Alcazar, A. I., Sanchez-Meca, J., Gomez-Conesa, A., & Marin-Martinez, F. 2008 . Psychological treatment of obessive-compulsive disorder : A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 28 8 , 1310-1325.

Rose, J. E., Brauer, L. H., Behm, E. M., Cramblett, M. Calkins, K., & Lawhon, D. 2004 . Psychopharmacological interactions between nicotine and ethanol. *Nicotine and Tobacco Research*, 6, 133-144.

Rosen, L. N., Targum, S. D., Terman, M., Bryant, M. J., Hoffman, H., Kasper, S. F., … Rosenthal, N. E. 1990 . Prevalence of seasonal affective disorder at four latitudes. Psychiatry Research, 31, 131–144.

Rosen, R. C. 2000 . Medical and psychological interventions for erectile dysfunction: Toward a combined treatment approach. In S. R. Lieblum &t R. C. Rosen Eds. , *Principles and practice of sex therapy* pp. 276-304 . New York: Guilford.

Rosen, R. C., & Leiblum, S. R. 1995 . Treatment of sexual disorders in the 1990s: An integrated approach. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 877- 890.

Rosen, R. C., Leiblum, S. R., & Spector, I. 1994 . Psychologically based treatment for male erectile disorder: A cognitive-interpersonal model, *Journal of Sex and Marital Therapy*, 20, 67-85.

Rosen, R. C., & Rosen, L. 1981 . Human sexuality. New York: Knopf.

Rosenfarb, I. S., Goldstein, M. J., Mintz, J., & Neuchter-lein, K. H. 1994 . Expressed emotion and subclinical psychopathology observable within transactions between schizophrenics and their family members. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 259-267.

Rosenheck, R., Cramer, J., Allan, E., Erdos, J., Frisman, J., et al. 1999 . Cost-effectivess of clozapine in patients with high and low levels of hospital use. *Archives of General Psychiatry*, 56, 565-572.

Rosman, B. L., Minuchin, S., & Liebman, R. 1975 . Family lunch session: An introduction to family therapy in anorexia nervosa. *American Journal of Orthopsychiatry*, 45, 846-852.

Rosman, B. L., Minuchin, S., & Liebman, R. 1976 . Input and outcome of family therapy of anorexia nervosa. In J. L. Claghorn Ed. , *Successful psychotherapy*. New York: Brunner/Mazel.

Ross, C. A. 1989 . *Multiple personality disorder: Diagnosis, clinical features, and treatment*. New York: Wiley.

Ross, C. A. 1991 . Epidemiology of multiple personality disorder and dissociation. *Psychiatric Clinics of North America*, 14, 503-517.

Ross, C. A. 2008 . Case report: A convicted sex offender with dissociation identity disorder. *Journal of Trauma and Dissociation*: *The Official Journal of the International Society for the Study of Dissociation*, 9 4 , 551-562.

Ross, G. J., Waller, G., Tyson, M., & Elliott, E 1998 . Reported sexual abuse and subsequent psychopathology among women attending psychology clinics: The mediating role of dissociation. *British Journal of Clinical Psychology*, 37, 313-326.

Rossello, J., Bernal, G., & Rivera-Medina, C. 2008 . Individual and group CBT and IPT for Puerto Rican adolescents with depressive symptoms. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 14, 234-245.

Rossiter, E. M., & Agras, W. S. 1990 . An empirical test of the DSM-IIIR definition of binge. *International Journal of Eating Disorders*, 9, 513-518.

Rotge, J. Y., Guehl, D., Dilharreguy, B., Iignol, J., Bioulac, B., Allard, M., … Aouizerate, B. 2009 . Meta-analysis of brain volume changes in obsessive-compulsive disorder. *Biological Psychiatry*, 65 1 , 75-83.

Rothbaum, B. O., Anderson, P., Zimand, E., Hodges, L., Lang, D., & Wilson, J. 2006 . Vietual reality exposure therapy and standard in vivo exposure therapy in the treatment of fear of flying. *Behavior Therapy*, 37 1 , 80-90.

Rothbaum, B. O., & Foa, E. B. 1993 . Subtypes of post-traumatic stress disorder and duration of symptoms. In J. R. T. Davidson & E. B. Foa Eds. , *Post-traumatic stress disorder*: *DSM-IV and beyond* pp. 23-35 . Washington, DC: American Psychiatricf Press.

Rothbaum, B. O., Foa, E. B., Murdock, T., Riggs, D. S., & Walsh, W. 1992 . A prospective examination of post-traumatic stress disorder in rape victims. *Journal of Traumatic Stress*, 5, 455-475.

Rothbaum, B. O., Hodges, L, Alarcon, R., Ready, D., Sha-har, E, Graap, K., … Baltzell, D. 1999 . Virtual reality exposure therapy for PTSD Vietnam veterans: A case study. *Journal of Traumatic Stress*, 12 2 , 263-271.

Roughgarden, J. 2004 . *Evolution's rainbow*; *Diversity*, *gender*, *and sexuality in nature and people*. Berkeley, CA: University of California Press.

Pouleau, C. R., & von Ranson, K. M. 2011 . Potential risks of pro-eating disorder websites. *Clinical Psychology Review*, 31, 525-531.

Rowland, D. L., Cooper, S. E., & Slob, A. K. 1996 . Genital and psycho-affective responses to erotic stimulation in sexually functional and dysfunctional men. *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 194-203.

Roy, A. 1982 . Suicide in chronic schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 141, 171-180.

Roy, A. 1994 . Recent biologic studies on suicide. *Suicide and Life Threatening Behaviors*, 24, 10-24.

Roy, A. 1995 . Suicide. In H. I. Kaplan & B. J. Sadock Eds. , *Comprehensive textbook of psychiatry* pp. 1739-1752 . Baltimore, MD: Williams & Wilkins.

Roy-Byrne, P. P., Davidson, K. W., Kessler, R. C., Asmudson, G. J., Goodwin, R. D., Kubzansky, L., … Stein, M. B. 2008 . Anxiety disorders and comorbid medical illness. *General Hospital Psychiatry*, 30 3 , 208-225.

Roy-Byrne, R P, Katon, W, Cowley, D. S., & Russo, J. 2001 . A randomized effectiveness trial of collaborative care for patients with panic disorder in primary care. *Archives of General Psychiatry*, 58, 869-876.

Rubia, K., Overmeyer, S., Taylor, E., Brammer, M., Williams, S. C. R., et al. 1999 . Hypofrontality in attention deficit hyperactivity disorder during higher-order motor control: A study with functional MRI. *American Journal of Psychiatry*, 156, 891-896.

Rubinstein, T. B., McGinn, A. P., Wildman, R. P., & Wylie-Rosett, J. 2010 . Disordered eating in adulthood is associated with reported weight loss attempts in childhood. *International Journal of Eating Disorders*, 43, 663-666.

Rude, S. S., Valdez, C. R., Odom, S., & Ebrahimi, A. 2003 . Negative cognitive biases predict subsequent depression. *Cognitive Therapy and Research*, 27, 415-429.

Rummel-Kluge, C., Komossa, K., Schwarz, S., Hunger, H., Schmid, F., Lobos, C. A., et al., 2010 . Head-to-head comparisons of metabolic side effects of second generation antipsychotics in the treatment of schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 123, 225-233.

Ruscio, A. M., Brown, T. A., Chiu, W. T., Sareen, J., Stein, M. B., & Kessler, R. C. 2008 . Social fears and social phobia in the USA: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *Psychological Medicine*, 38 1 , 15-28.

Ruscio, A. M., Stein, D. J., Chiu, W. T., & Kessler, R. C. 2010 . The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Molecular Psychiatry*, 15 1 , 53-63.

Rush, A. J., Trivedi, M., Wisniewski, S. R., Nierenberg, A. A., Stewart, J. W., Warden, D, … Fava, M. 2006 . Acute and longer-term outcomes in depressed outpatients requiring one or several treatment steps: A STARD report. *American Journal of Psychiatry*, 163, 1905–1917.

Rutherford, M. J., Cacciola, J. S., & Alterman, A. I. 1999 . Antisocial personality disorder and psychopathy in cocaine-dependent women. *American Journal of Psychiatry*, 156, 849-856.

Rutledge, T, Reis, S. E., Olson, M., Owens, J., Kelsey, S. E, Pepine, C. J., … Matthews, K. A. 2001 . Psychosocial variables are associated with

atherosclerosis risk factors among women with chest pain: The WISE study. *Psychosomatic Medicine*, 63, 282-288.

Rutter, M. 1983 . Cognitive deficits in the pathogenesis of autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2, 513-531.

Rutter, M., Caspi, A., Fergusson, D., Horwood, L. J., Goodman, R., Maughan, B., … Car-roll, J. 2004 . Sex differences in developmental reading disability: New findings from 4 epidemiological studies. *American Medical Associatuion*, 291, 2007-2012.

Rutter, M., & Silberg, J. 2002 . Gene-environment interplay in relation to emotional and behavioral disturbance. *Annual Review of Psychology*, 53, 463-490.

Sabo, S. Z., Nelson, M. L., Fisher, C, Gunzerath, L., Brody, C. L., et al. 1999 . A genetic association for cigarette smoking behavior. *Health Psychology*, 18, 7-13.

Sacco, R. L, Elkind, M., Boden-Albala, B., Lin, I., Kargman, D. E., et al. 1999 . The protective effect of moderate alcohol consumption on ischemic stroke. *JAMA*, 281, 53-60.

Sachs, G. S., Nierenberg, A. A., Calabrese, J. R., Marangell, L. B., Wisniewski, S. R., & Gyulai, L. 2007 . Effectiveness of adjunctive antidepressant treatment for bipolar depression. *New England Journal of Medicine*, 356, 1711-1722.

Sachs, G. S., & Thase, M. E. 2000 . Bipolar disorder therapeutics: Maintenance treatment. *Biological Psychiatry*, 48, 573-581.

Sackeim, H. A., & Lisanby, S. H. 2001 . Physical treatments in psychiatry: Advances in electroconvulsive therapy, transcranial magnetic stimulation, and vagus nerve stimulation. In M. M. Weissman Ed. , *Treatment of depression: Bridging the 21st century* pp.151-174 . Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

Sackeim, H. A., Prudic, J., Fuller, R., Keilp, J., Lavori, P. W., & Olfson, M. 2007 . The cognitive effects of electroconvulsive therapy in community settings. *Neuropsychopharmacology*, 32, 244-254.

Sacks, F. M., Bray, G. A., Carey, V. J., Smith, S. R., Ryan, D. H., Anton, S. D., … Williamson, D. A. 2009 . Comparsion of weight-loss diets with different compositions of fat, protein, and carbohydrates. *New England Journal of Medicine*, 360, 859-873.

Sacks, O. 1995 . *An anthropologist on Mars*. New York: Knopf.

Saczynski, J. S., Beiser, A., Seshadri, S., Auerbach, S. Wolf, P. A., & Au, R. 2010 . Depressive symptoms and risk of dementia. *Neurology*, 75, 35-41.

Saffer, H. 1991 . Alcohol advertising bans and alcohol abuse: An international perspective. *Journal of Health Economics*, 10, 65-79.

Saha, S., Chant, D., & McGrath, J. 2007 . A systematic review of mortality in schizophrenia: Is the differential mortality gap worsening over time? *Archives of General Psychiatry*, 64, 1123-1131.

Sakel, M. 1938 . The pharmacological shock treatment of schizophrenia. *Nervous and Mental Disease Monograph*, 62.

Saks, E. R. 1997 . *Jekyll on trial: Multiple personality disorder and criminal law*. New York: New York University Press.

Saks, E. R. 2007 . *The center cannot hold: My Journey through madness*. New York: Hyperion.

Salamone, J, D. 2000 . A critique of recent studies on placebo effects of antidepressants: Importance of research on active placebos. *Psychopharmacology*, 152, 1-6.

Salan, S. E., Zinberg, N. E., & Frei, E. 1975 . Antiemetic effect of delta-9-THC in patients receiving cancer chemotherapy. *New England Journal of Medicine*, 293,795-797.

Salekin, R. T. 2002 . Psychopathy and therapeutic pessimism: Clinical lore or clinical reality? *Clinical Psychology Review*, 22, 79-112.

Salem, J. E., & Kring, A. M. 1998 . The role of gender differences in the reduction of etiologic heterogeneity in schizophrenia. *Clinical Psychology Review*, 18, 795-819.

Salkovskis, P. M. 1996 . Cognitive-behavioral approaches to understanding obsessional problems. In R. M. Rapee Ed. , *Current controversies in anxiety disorders*. New York: Guilford.

Salter, D., McMillan, D., Richard, M., Talbot, T., Hodges, J., Bentovim, A., … Skuse, D. 2003 . Development of sexually abusive behaviour in sexually victimized males: A longitudinal study. Lancet, 361 9356 , 471-476.

Samuel, D. B., & Widiger, T. A. 2008 . A meta-analytic review of the relationships between the five-factors model and DSM-TR personality disorders: A facet level analysis. *Clinical Psychology Review*, 28 8 , 1326-1342.

Samuels, J., Bienvenu, O., Pinto, A., Fyer, A., McCracken, J., Rauch, S., … Knowles, J. 2007 . Hoarding in obsessive-compulsive disorder: Results from the OCD Collaborative Genetics Study. *Behaviour Research and Therapy*, 45 4 , 673-686.

Samuels, J., Eaton, W. W., Bienvenu, O. J., Brown, C., Costa, P. T., & Nestadt, G. 2002 . Prevalence and correlates of personality disorders in a community sample. *British Journal of Psychiatry*, 180, 536-542.

Sanchez, D. T., & Kiefer, A. K. 2007 . Body concerns in and out of the bedroom : Implications of sexual pleasure and problems. *Archives of Sexual Behavior*, 36, 808-820.

Sandberg, S., Jarvenpaa, S., Paton, J. Y., & McCann, D. C. 2004 . Asthma exacerbations in children immediately following stressful life events: A Cox's hierarchical regression. *Thorax*, 49, 1046-1051.

Santarelli, L. Saxe, M., Gross, C., Surget, A., Battaglia, F, Dulawa, S., … Hen, R. 2003 . Requirement of hippocampal neurogenesis for the behavioral effects of antidepressants. *Science*, 301, 805-809.

Sar, V., Akyuz, G., Kundakci, T., Kiziltan, E., & Dogan, O. 2004 . Childhood trauma, dissociation, and psychiatric comorbidity in patients with conversion disorder. *American Journal of Psychiatry*, 16 12 , 2271-2276.

Sareen, J., Cox, B. J., Afifi, T. O., de Graaf, R., Asmundson, G. J. G., ten Have, M., et al. 2005 . Anxiety disorders and risk for suicidal ideation and suicide attempts: A population-based longitudinal study of adults. *Archives of General Psychiatry*, 62, 1249–1257.

Sartorius, N., Jablensky, A., Korten, A., Ernberg, G., et al. 1986 . Early manifestations and first-contact incidence of schizophrenia in different cultures: A preliminary report on the initial evaluation phase of the WHO Collaborative Study on Determinants of Outcome of Severe Mental Disorders. *Psychological Medicine*, 16, 909-928.

Sartorius, N., Shapiro, R., &Jablonsky, A. 1974 . The international pilot study of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 2, 21-35.

Saxena, S., Brody, A. L., Maidment, K. M., & Baxter, L. R. 2007 . Paroxetine treatment of compulsive hoarding. *Journal of Psychiatric Research*, 41 6 , 481-487.

Sbrocco, T, Weisberg, R. B., Barlow, D. H., & Carter, M. M. 1997 . The conceptual relationship between panic disorder and male erectile dysfunction. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 23, 212-220.

Scarborough, H. S. 1990 . Very early language deficits in dyslexic children. *Child Development*, 61, 128-174.

Schaefer, H. S., Putnam, K. M., Benca, R. M., & Davidson, R. J. 2006 . Event-related functional magnetic resonance imaging measures of neural activity to positive social stimuli in pre and post treatment depression. *Biological Psychiatry*, 60, 974-986.

Schaie, K. W, & Hertzog, C. 1982 . Longitudinal methods. In B. B. Wolman Ed. , *Handbook of developmental psychology*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Schalock, R. L., Luckasson, R. A., & Shogren, K. A., et al. 2007 . The renaming of mental retardation: Understanding the change to the term intellectual disability. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 45, 116-124.

Schecter, R., & Grether, J. K. 2008 . Continuing increases in autism reported to California's Developmental Services System. *Archives of General Psychiatry*, 65, 19–24.

Scherk, H., Pajonk, F. G., & Leucht, S. 2007 . Secondgeneration antipsychotic agents in the treatment of acute mania: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Archives of General Psychiatry*, 64, 442–455.

Schilder, P. 1953 . *Medical psychology*. New York: International Universities Press.

Schleifer, M. 1995 . Should we change our views about early childhood education? *Alberta Journal of Educational Research*, 41,355-359.

Schlundt, D. G., & Johnson, W G. 1990 . *Eating disorders*: *Assessment and treatment*. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.

Schmidt, E., Cams, A., & Chandler, C. 2001 . Assessing the efficacy of rational recovery in the treatment of alcohol/drug dependency. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 19, 97-106.

Schmidt, F. L., & Hunter, J. E. 1998 . The validity and utility of selection methods in personnel psychology: Practical and theoretical implications of 85 years of research findings. *Psychology Bulletin*, 124, 262-274.

Schmidt, N. B., Lerew, D. R., & Jackson, R. J. 1999 . Prospective evaluation of anxiety sensitivity in the pathogenesis of panic: Prospective evaluation of spontaneous panic attacks during acute stress. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 355-364.

Schmidt, N. B., Richey, J. A., Buckner, J. D., & Timpano, K. R. 2009 . Attention training for generalized social anxiety disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 118 1 , 5-14.

Schmidt, N. B., Woolaway-Bickel, K., & Bates, M. 2000 . Suicide and panic disorder: Integration of the literature and new findings. In M. D. Rudd and T. E. Joiner Eds. , *Suicide science*: *Expanding the boundaries* pp. 117-136 . New York: Kluwer Academic/Plenum.

Schmitt, D. P, Alcalay, L., Allik, J., Ault, L., Austers, I., Bennett, K. L., … Durkin, K. 2003 . Universal sex differences in the desire for sexual variety: Tests from 52 nations, 6 continents and 13 islands. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 85-104.

Schnab, D. W., & Trinh, N. G. 2004 . Do artificial food colors promote hyperactivity in children with hyperactive syndromes? A meta-analysis of double-blind placebo-controlled trails. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 25, 425-434.

Schneck, C. D., Miklowitz, D. J., Miyahara, S., Araga, M., Wisniewski, S. R., Gyulai, L., … Sachs, G. S. 2008 . The prospective course of rapid-cycling bipolar disorder: Findings from the STEP-BD. *American Journal of Psychiatry*, 165, 370-376.

Schoeneman, T. J. 1977 . The role of mental illness in the European witch-hunts of the sixteenth and seventeenth centuries: An assessment. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 13, 337-351.

Schooler, C., Flora, J. A., & Farquhar, J. W 1993 . Moving toward synergy: Media supplementation in the Stanford Five-City Project. *Communication Research*, 26, 587-610.

Schopler, E., Short, A., & Mesibov, G. 1989 . Relation of behavioral treatment to "normal functioning": Comment on Lovaas. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 162-164.

Schottenfeld, R. S., Fakes, J., O'Conner, P., et al. 2000 . Thrice-weekly versus daily buprenorphine maintenance. *Biological Psychiatry*, 47, 1072-1079.

Schreiber, E L. 1973 . *Sybil*. Chicago: Regnery.

Schuckit, M. A., Daeppen, J.-B., Tipp, J. E., Hesselbrock, M., & Bucholz, K. K. 1998 . The clinical course of alcohol-related problems in alcohol dependent and non-alcohol dependent drinking women and men. *Journal of Studies on Alcohol*, 59, 581-590.

Schuckit, M. A., Smith, T. L., Danko, G. P, Bucholz, K. K,, Reich, T., & Bierut, L. 2001 . Five-year clinical course associated with DSM-IV alcohol abuse or dependence in a large group of men and women. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1084-1090.

Schumacher, J. E., Milby, J. B., Wallace, D., Meehan, D. C., Kertesz, S., et al. 2007 . Meta-analysis of day treatment and contingency-management dismantling research: Birmingham homeless cocaine studies 1990-2005 . *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 823-828.

Schwartz, M. B., Chambliss, O. H., Brownell, K. D., Blair, S., & Billington, C. 2003 . Weight bias among health professionals specializing in obesity. *Obesity Research*, 11, 1033-1039.

Schwartz, J. E., Warren, K., & Pickering, T. G. 1994 . Mood, location and physical position as predictors of ambulatory blood pressure and heart rate: Application of a multilevel random effects model. *Annals of Behavioral Medicine*, 16, 210-220.

Schweizer, E., Rickels, K., Case, G., & Greenblatt, D. J. 1990 . Long-term therapeutic use of benzodiazapines: Effects of gradual taper. *Archives of General Psychiatry*, 47, 908-915.

Schwitzgebel, R. L., & Schwitzgebel, R. K. 1980 . *Law and psychological practice*. New York: Wiley.

Scorolli, C., Ghirlanda, S., Enquist, M., Zattoni, S., & Jamnini, E. A. 2007 . Relative prevalence of different fetishes. *International Journal of Impotence Research*, 19, 432-437.

Scroppo, J. C., Drob, S. L., Weinberger, J. L., & Eagle, P 1998 . Identifying dissociative identity disorder: A self-report and protective study. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 272-284.

Seedat, S., & Matsunaga, H. 2006 . *Cross-national and ethnic issues in OC spectrum disorders*. Unpublished manuscript.

Seedat, S., Scott, K. M., Angermeyer, M., Berglund, P., Bromet, E., Brugha, T., … Kessler, R. 2009 . Cross-national associations between gender and mental disorders in the World Health Organization world mental health surveys. *Archives of General Psychiatry*, 66 7 , 785-795.

Segal, Z. V., Kennedy, S., Gemar, M., Hood, K., Pedersen, R., & Buis, T. 2006 . Cognitive reactivity to sad mood provocation and the prediction of depressive relapse. *Archives of General Psychiatry*, 63, 749–755.

Segal, Z. V, Williams, J. M., & Teasdale, J. D. 2001 . *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. New York: Guilford.

Segal, Z. V, Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. 2003 . Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse. *Psychotherapy Research*, 13, 123-125.

Segraves, K. B., & Segraves, R. T. 1991 . Hypoactive sexual desire disorder: Prevalence and comorbidity in 906 subjects. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 17, 55-58.

Segraves, R. T. 2003 . Recognizing and reversing sexual side effects of medications. In S. B. Levine, C. B. Can-dace, et al. Eds. . *Handbook of clinical sexuality for mental health professionals* pp. 377-391 . New York: Brunner-Routledge.

Segraves, R. T. 2010 . Considerations for a better definition of male organic disorder in DSM V. *Journal of Sexual Medicine*, 7 2 Pt 1 , 690-695.

Segraves, R. T., & Althof, S. 1998 . Psychotherapy and pharmacotherapy of sexual dysfunctions. In P. E. Nathan & J. M. German Eds. , *A guide to treatments that work*. NY: Oxford.

Segurado, R., Detera-Wadleigh, S. D., Levinson, D. F., Lewis, C. M., Gill, M., Nurnberger, J. I., et al. 2003 . Genome scan meta-analysis of schizophrenia and bipolar disorder, part III: Bipolar disorder. *The American Journal of Human Genetics*, 73, 49–62.

Seidler, G. H., & Wagner, F. E. 2006 . Comparing the efficacy of EMDR and trauma-focused cognitive-behavioral therapy in the treatment of PTSD: A meta-analytic study. *Psychological Medicine*, 36, 1515–1522.

Seligman, M. E. P. 1971 . *Phobias and preparedness*. Behavior Therapy, 2, 307-320.

Seligman, M. E., Maier, S. E, & Geer, J. H. 1968 . Alleviation of learned helplessness in the dog. *Journal of Abnormal Psychology*, 73, 256-262.

Selkoe, D. J. 2002 . Alzheimer's disease is a synaptic failure. *Science*, 298, 789-791.

Selling, L. S. 1940 . *Men against madness*. New York: Greenberg.

Selwood, A., Johnson, K., Katona, C., Lyketsos, C., & Livingson, G. 2007 . Systematic review of the effect of psychological interventions on family caregivers of people with dementia. *Journal of Affective Disorders*, 101, 75–89.

Sensky, T., Turkington, D., Kingdon, D., et al. 2000 . A randomized controlled trial of cognitive-behavioural therapy for persistent symptoms in schizophrenia resistant to medication. *Archives of General Psychiatry*, 57, 165-172.

Serdula, M. K., Mokdad, A. H., Williamson, D. E, Galuska, . D. A., et al. 1999 . Prevalence of attempting weight loss and strategies for controlling weight. *JAMA*, 282, 1353-1358.

Seto, M. C. 2009 . Pedophilia. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5, 391-407.

Sexton, T. L., Alexander, J. E, & Mease, A. L. 2004 . Levels of evidence for the models and mechanisms of therapeutic change in family and couple therapy. In M. J. Lambert Ed. , *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* 5th ed., pp. 590-646 . Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.

Shachnow, J.,Clarkin, J.,DiPalma,C.-S.,Thurston,E, Hull, J., & Shearin, E. 1997 . Biparental psychopathology and borderline personality disorder. *Psychiatry Interpersonal and Biological Processes*, 60, 171-181.

Shaffer, D., Fisher, P., Lucas, C. P., et al. 2000 . NIMH Diagnostic Interview for Children Version IV NIMH DISC-IV : Description, differences from previous versions, and reliability of some common diagnoses. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39, 28-38.

Shaper, A. G. 1990 . Alcohol and mortality: A review of prospective studies. *British Journal of Addiction*, 85, 837-847.

Shapiro, F. 1999 . Eye movement desensitization and reprocessing EMDR and the anxiety disorders: Clinical and research implications of an integrated psychotherapy treatment. *Journal of Anxiety Disorders*, 13, 35–67.

Sharkansky, E. J., King, D. W., King, L. A., et al. 2000 . Coping with Gulf War combat stress: Mediating and moderating effects. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 188–197.

Shaw, D.S., Dishion, T. J., Supplee, L., Gardner, F., & Arnds, K. 2006 . Randomized trial of a family-centered approach to the prevention of early conduct problems: 2-year effects of the family check-up in early childhood. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 1–9.

Shaw, L. J., Bairy Merz, C. N., Pepine, C. J., Reis, S. E., Bittner, V. E., et al. 2006 . Insights from the NHLBI sponsored Women’s Ischemia Syndrome Evaluation

WISE study. Part I: Gender differences in traditional and novel risk factors, symptom evaluation, and gender optimized diagnostic strategies. *Journal of the American College of Cardiology*, 47, 4S-20S.

Shaywitz, B. A., Shaywitz, S. E., Blachman, B. A., et al. 2004 . Development of left occipitotemporal systems for skilled reading in children after a phonologicallybased intervention. *Biological Psychiatry*, 55, 926–933.

Shaywitz, B. A., Shaywitz, S. E., Blachman, B. A., et al. 2004 . Development of left occipitotemporal systems for skilled reading in children after a phonologically-based intervention. *Biological Psychiatry*, 55, 926-933.

Shaywitz, S. E. .Shaywitz, B. A., Fletcher, J. M., & Escobar, M. D. 1990 , Prevalence of reading disability in boys and girls. *Journal of the American Medical Association*, 264, 998-1002.

Shaywitz, S. E., Shaywitz, B. A., Fulbright, R. K., et al. 2003 . Neural systems for compensation and persistence: Young adult outcome of childhood reading disability. *Biological Psychiatry*, 54, 25-33.

Shea, M. T., Stout, R., Gunderson, J., Morey, L, C., Grilo, C. M., & McGlashan, T., … Keller, M. B. 2002 . Short-term diagnostic stability of schizotypal, borderline, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 159, 2036-2041.

Sheline, Y. I. 2000 . 3D MR1 studies of neuroanatomic changes in unipolar major depression: The role of stress and medical comorbidity. *Biological Psychiatry*, 48, 791-800.

Sheline, Y, Barch, D., Donnelly, J. M., Ollinger, J. M., Snyder, A. Z., & Mintun, M. A. 2001 . Increased amygdala response to masked emotional faces in depressed subjects resolves with antidepressant treatment: An fMRI study. *Biological Psychiatry*, 50, 651-658.

Shelton, R. C., Mainer, D. H., & Sulser, E 1996 . cAMP-dependent protein kinase activity in major depression. *American Journal of Psychiatry*, 153, 1037-1042.

Shen, G. H. C., Sylvia, L. G., Alloy, L. B., Barrett, F., Kohner, M., Iacoviello, B., & Mills, A. 2008 . Lifestyle regularity and cyclothymic symptomatology. *Journal of Clinical Psychology*, 64, 482–500.

Shenk, D. 2010 . *The genius is in all of us*: *Why everything you've been told about genetics, talent, and IQ is wrong*. New York: Doubleday.

Sher. K. J., Grekin, E. R., & Williams, N. A. 2005 . The development of alcohol use disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 493-523.

Sher, K. J., Walitzer, K. S., Wood, P. K., & Brent, E. F. 1991 . Characteristics of children of alcoholics: Putative risk factors, substance use and abuse, and psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 427-448.

Sher, K. J., Wood, M. D., Wood, P. K., & Raskin, G. 1996 . Alcohol outcome expectancies and alcohol use: A latent variable cross-lagged panel study. *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 561-574.

Shergill, S, S., Brammer, M. J., Williams, S. C., Murray, R. M., & McGuire, P. K. 2000 . Mapping auditory hallucinations in schizophrenia using functional magnetic resonance imaging. *Archives of General Psychiatry*, 57, 1033-1038.

Sherman, D. K., lacono, W. G., & McGue, M. K. 1997 . Attention-deficit hyperactivity disorder dimensions: A twin study of inattention and impulsivity-hyperactivity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 745-753.

Shiffman, S., Gwaltney, C. J., Balabanis, M. H., Liu, K. S., Paty, J. A., Kassel, J. D., … Gnys, M. 2002 . Immediate antecedents of cigarette smoking: An analysis from ecological momentary assessment. *Journal of Abnormal Psychology*, 111 531-545.

Shiffman, S., Paty, J. A., Gwaltney, C. J., &Dang, Q. 2004 . Immediate antecedents of cigarette smoking: An analysis of unrestricted smoking patterns. *Journal of Abnormal Psychology*, 113, 166-171.

Shiffman, S., & Waters, A. J. 2004 . Negative affect and smoking lapses: A prospective analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 192-201.

Shifren, J. L., Monze, B. U., Russo, P. A., Segreti, A., & Johannes, C. B. 2008 . Sexual problems and distress in United States women: Prevalence and correlates. *Obstertries and Gynecology*, 112 5 , 970-978.

Shih, J. H., Eberhart, N., Hammen, C., & Brennan, P. A. 2006 . Differential exposure and reactivity to interpersonal stress predict sex differences in adolescent depression. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 35, 103-115.

Shin, L. M., Rauch, S. L., & pitman, R. K. 2006 . Amygdala, medial prefrontal cortex, and hippocampal function in PTSD. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1071, 67-79.

Shin, L. M., Wright, C. I., Cannistraro, P. A., Wedig, M. M., McMullin, K., Martis, B., … Rauch, S. L. 2005 . A functional magnetic resonance imaging study of amygdala and medial prefrontal cortex responses to overtly presented fearful faces in posttraumatic stress disorder. *Archives of General Psychiatry*, 62, 273–281.

Shin, M., Besser, L. M., Kucik, J. E., Lu, C., Siffel, C., & Correa, A. 2009 . Prevalence of Down syndrome among children and adolescents in 10 regions of the United States. *Pediatrics*, 124, 1565-1571.

Shneidman, E. S. 1973 . Suicide. In E. Britannica Ed. , *Encyclopedia Britannica*. Chicago: Encyclopedia Britannica.

Shneidman, E. S. 1987 . A psychological approach to suicide. In G. R. VandenBos & B. K. Bryant Eds. , *Cataclysms, crises, and catastrophes: Psychology in action*. Washington, DC: American Psychological Association.

Shobe, K. K., & Kihlstrom, J. E 1997 . Is traumatic memory special? *Current Directions in Psychological Science*, 6, 70-74.

Siegel, D. J., Thompson, W., Carter, C. S., Steinhauer, S. R., & Thase, M. E. 2007 . Increased amygdale and decreased dorsolateral prefrontal BOLD responses in unipolar depression: Related and independent features. *Biological Psychiatry*, 61, 198-209.

Siegler, I. C., & Costa, P. T., Jr. 1985 . Health behavior relationships. In J. E. Birren & K. W. Schaie Eds. , *Handbook of the psychology of aging* 2nd ed. . New York: Van Nostrand-Reinhold.

Siever, L. J. 2000 . Genetics and neurobiology of personality disorders. *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 15 1 , 54-57.

Siever, L. J., & Davis, K. L. 2004 . The pathophysiology of schizophrenia disorders: Perspectives from the spectrum. *American Journal of Psychiatry*, 161 3 , 398-413.

Sigman, M. 1994 . What are the core deficits in autism? In S. H. Broman & J. Grafman Eds. , *Atypical cognitive deficits in developmental disorders: Implications for brain function* pp. 139-157 . Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Sigman, M., Ungerer, J. A., Mundy, P., & Sherman, T. 1987 . Cognition in autistic children. In D. J. Cohen, .A. M. Donnellan, & R. Paul Eds. , *Handbook of autism and pervasive developmental disorders* pp.103-120 . New
York: Wiley.

Silberg J., Pickles A, Rutter M., Hewitt J., Simonoff E., et al. 1999 . The influence of genetic factors and life stress on depression among adolescent girls. *Archives of General Psychiatry*, 56, 225-32.

Silbersweig, D., Clarkin, J. F., Goldstein, M., Kernberg, O. F., Tuescher, O., Levy, K. N., ... Stern, E. 2007 . Failure of frontolimbic inhibitory function in the context of negative emotion in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 164, 1832–1841.

Silverman, K., Evans, S. M., Strain, E. C., & Griffiths, R. R. 1992 . Withdrawal syndrome after the double-blind cessation of caffeine consumption. *New England Journal of Medicine*, 327, 1109-1114.

Silverman, K., Higgins, S. T., Brooner, R.,K., Montoya, I. D., Cone, E. J., Schuster, C. R., & Preston, K. I. 1996 . Sustained cocaine abstinence in methadone maintenance patients through voucher-based reinforcement therapy. *Archives of General Psychiatry*, 53, 409-413.

Simeon, D. 2009 . Depersonalization disorder. In P. F. Dell & J. A. O'Neil Eds. , *Dissociation and dissociative disorders: DSM-5 and beyond* pp. 441-442 , New York: Routledge.

Simeon, D., Gross, S., Guralnik, O., Stein, D. J., Schmeidler, J., & Hollander, E. 1997 . Feeling unreal: 30 cases of DSM-1II-R depersonalization disorder. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1107-1112.

Simmel, C., Brooks, D., Earth, R. P., & Hinshaw, S. E. 2001 . Prevalence of externalizing symptomatology in an adoptive sample: Pre-adoption risk factors and post-adoption functioning. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29, 53-69.

Simon, G., Ormel, J., VonKorff, M., & Barlow, W. 1995 . Health care costs associated with depressive and anxiety disorders in primary care. *American Journal of Psychiatry*, 152, 352-357.

Simon, G. E. 1998 . Management of somatoform and factitious disorders. In P E. Nathan & J. M. Gorman Eds. , *A guide to treatments that work* pp. 408-422 . New York: Oxford University Press.

Simon, G. E., Goldberg, D. P., Von Korff, M., & Ustun, T. B. 2002 . Understanding cross-national differences in depression prevalence. *Psychological Medicine*, 32, 585–594.

Simon, G. E., & Gureje, O. 1999 . Stability of somatization disorder and somatization symptoms among primary care patients. *Archives of General Psychiatry*, 56, 90-95.

Simon, G. E., Ludman, E. J., Bauer, M. S., Unutzer, J., & Operskalski, B. 2006 . Long-term effectiveness and cost of a systematic care program for bipolar disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63, 500–508.

Simon, G. E., VonKorff, M., Piccinelli, M., Fullerton, C., & Ormel, J. 1999 . An international study of the relation between somatic symptoms and depression. *New England Journal of Medicine*, 341, 1329-1335.

Simon, G. E., Von Korff, M., Rutter, C. M., & Peterson, D. A. 2001 . Treatment process and outcomes for managed care patients receiving new antidepressant prescriptions from psychiatrists and primary care physicians. *Archives of General Psychiatry*, 58, 395-401.

Simon, R. J., & Aaronson, D. E. 1988 . *The insanity defense: A critical assessment of law and policy in the post-Hinckley era*. New York: Praeger.

Simon, W. 2009 . Follow-up psychotherapy out come of patients with dependent, avoidant and obsessive-compulsive personality disorders: A meta-analytic review. *International Journal of psychiatry in Child Practice*, 13 2 , 153-165.

Simonoff, E. 2001 . Genetic influences on conduct disorder. In J. Hill and B. Maughan Eds. , *Conduct disorders in childhood and adolescence* pp. 202-234 . Cambridge, England: Cambridge University Press,

Sinha, S. S., Mohlman, J., & Gorman, J. M. 2004 . Neurobiology. In R. G. Heimberg, C. L. Turk, & D. S. Mennin Eds. , *Generalized anxiety disorder* pp. 187-218 . New York: Guilford.

Siok, W T., Perfetti, C. A., Lin, Z., & Tan, L. H. 2004 . Biological abnormality of impaired reading is constrained by culture. Nature, 431, 71-76.

Skeem, J. L., & Monahan, J. 2011 . Current directions in violence risk assessment. *Current Directions in Psychological Science*, 20, 38-42.

Skinstad, A. H., & Swain, A. 2001 . Comorbidity in a clinical sample of substance abusers. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 27, 45-64.

Skodol, A. E., Bender, D. S., Oldham, J. M., Clark, L. A., Morey, L. C., Verheul, R., … Siever, L. J. 2011 . Proposed changes in personality and personality disorder assessment and diagnosis for DSM-5 Part II: Clinical application. *Personality Disorders: Therapy, Research, and Treatment*, 2 1 , 23-40.

Skodol, A. E., Clark, L. A., Bender, D. S., Krueger, R. F., Morey, L. C., Verheul, R., … Oldham, L. M. 2011 . Proposed changes in personality and personality disorder assessment and diagnosis for DSM-5 Part I: Description and rationale. *Personality Disorders: Therapy, Research, and Treatment*, 2 1 , 4-22.

Skodol, A. E., Oldham, L. M., Hyler, S. E., Stein, D. J., Hollander, E., Gallaher, P. E., & Lopez, A. E. 1995 . Patterns of anxiety and personality comorbidity. *Journal of Psychiatric Research*, 29 5 , 361-374.

Skoog, G., & Skoog, 1. 1999 . A 40-year follow-up of patients with obsessive-compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 56, 121-130.

Slater, E. 1961 . The thirty-fifth Maudsley lecture: Hysteria 311. *Journal of Mental Science*, 107, 358-381.

Slutske, W. S., Heath, A. C., Dinwiddie, S. H., Madden, P. A. E, Bucholz, K. K., … Martin, N. G. 1997 . Modeling genetic and environmental influences in the etiology of conduct disorder: A study of 2,682 adult twin pairs. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 266-279.

Small, B. J., Fratiglioni, L., Viitanen, M., et al. 2000 . The course of cognitive impairment in preclinical Alzheimer disease. *Archives of Neurology*, 57, 839- 844.

Smart, R. G., & Ogburne, A. C. 2000 . Drug use and drinking among students in 36 countries. *Addictive Behaviors*, 25, 455-460.

Smith, G. T., Goldman, M. S., Greenbaum, P E., & Christiansen, B. A. 1995 . Expectancy for social facilitation from drinking: The divergent paths of high expectancy and low expectancy adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 32-40.

Smith, M. L., Glass, G. V, & Miller, T. I. 1980 . *The benefits of psychotherapy. Baltimore*, MD: Johns Hopkins University Press.

Smith, S. M., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Goldstein, R., Huang, B., & Grant, B. F. 2006 . Race/ethnic differences in the prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychological Medicine*, 36, 987–998.

Smith, T., Groen, A., & Wynn, J. W. 2000 . Randomized trial of intensive early intervention for children with pervasive developmental disorder. *Research in Developmental Disabilities*, 21, 297-309.

Smoller, J. W., Pollack, M. H., Wassertheil-Smoller, S., Jackson, R. D., Oberman, A., Wong, N. D., & Sheps, D. 2007 . Panic attacks and risk of incident cardiovascular events among postmenopausal women in the women's health initiative observational study. *Archives of General Psychiatry*, 64, 1153–1160.

Smyth, J., Wonderlich, S. A., Heron, K. E., Sliwinski, M. J., Crosby, R. D., et al. 2007 . Daily and momentary mood and stress are associated with binge eating and vomiting in bulimia nervosa patients in the natural environment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 629–638.

Snyder, D. K., Castellani, A. M., & Whisman, M. A. 2006 . Current status and future directions in couple therapy. *Annual Review of Psychology*, 57, 317–344.

Sobczak, S., Honig, A., Nicolson, N. A., & Riedel, W. J. 2002 . Effects of acute tryptophan depletion on mood and cortisol release in first-degree relatives of type I and type II bipolar patients and healthy matched controls. *Neuropsychopharmacology*, 27, 834–842.

Sobell, L. C., & Sobell, M. B. 1996 . *Timeline Followback user's guide*: *A calendar method for assessing alcohol and drug use*. Toronto, Canada: Addiction Research Foundation.

Sobell, L. C., Sobell, M. B., & Agrawal, S. 2009 . Randomized controlled trail of a cognitive-behavioral motivational intervention in a group versus individual format for substance use disorders. Psychology of Addictive Behaviors: *Journal of the Society of Psychologists in Addiction Behaviors*, 23, 672-683.

Sobell, L. C., Toneatto, A., SrSobell, M. B. 1990 . Behavior therapy In A. S. Bellack & M. Hersen Eds. , *Handbook of comparative treatments for adult disorders* pp. 479-505 . New York: John Wiley & Sons.

Sobell, M. B., & Sobell, L. C. 1976 . Second-year treatment outcome of alcoholics treated by -individualized behavior therapy: Results. *Behaviour Research and Therapy*, 14, 195-215.

Sobell, M. B., & Sobell, L C. 1993 . *Problem drinkers. Guided self-change treatment*. New York: Guilford.

Soloff, R H., Meltzer, C. C, Greer, E J., Constantine, D. & Kelly, T. M. 2000 . A fenflurarmne-activated FDG-PET study of borderline personality disorder. *Biological Psychiatry*, 47, 540-547.

Solomon, D. A., Keller, M. B., Leon, A. C, Mueller.T. I., La-vori, E W, Shea, M. T., … Endicott, J. 2000 . Multiple recurrences of major depressive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 157, 229-233.

Soomro, G. M., Altman, D., Rajagopal, S., & Oakley- Browne, M. Selective serotonin re-uptake inhibitors SSRIs versus placebo for obsessive compulsive disorder OCD . 2008 . *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1. Art. No.:CD001765. DOI: 10.1002/14651858. CD001765 .pub3.

Soyka, M., Horak, M., Morhart, V., & Moeller, H. J. 2001 . Modellprofekt "Qualifizierte ambulante Entgtftung." Qualified outpatient detoxification. *Nervenarzt*, 72, 565—569.

Spanos, N. P. 1994 . Multiple identity enactments and multiple personality disorder: A sociocognitive perspective. *Psychological Bulletin*, 116,143-165.

Spanos, N. P., Weekes, J. R., & Bertrand, L. D. 1985 . Multiple personality: A social psychological perspective. *Journal of Abnormal Psychology*, 94, 362-376.

Spar, J. E., & LaRue, A. 1990 . *Geriatric psychiatry*. Washington, DC: American Psychiatric Press.

Spek, V., Cuijpers, P., Nyklicek, I., Riper, H., Keyzer, J., & Pop, V. 2007 . Database of abstracts of reviews of effects DARE —short record display: Internet-based cognitive behaviour therapy for symptoms of depression and anxiety: A meta-analysis. *Psychological Medicine*, 37, 319-328.

Spencer, S. J., Steele, C. M., & Quinn, D. M. 1999 . Stereotype threat and women's math performance. *Journal of Experimental Social Psychology*, 35, 4-28.

Spencer, T., Biederman, J., Wilens, T., Harding, M., O'Donnell, D., & Griffin, S. 1996 . Pharmacotherapy of attention-deficit hyperactivity disorder across the life cycle. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 409-432.

Spengler, A. 1977 . Manifest sadomasochism of males: Results of an empirical study. *Archives of Sexual Behavior*, 6, 441-456.

Sperling, R. A., Aisen, P. S., Beckett, L. A., Bennett, D. A., Craft, S., Fagan, A. M., … Phelps, C. H. 2011 . Toward defining the preclinical stage of Alzheimer’s disease; Recommendations from the national Institute on Aging-Alzheimer’s Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer’s disease. Alzheimer’s and Dementia. *The Journal of the Alzheimer’s Association*, 7 3 , 280-292.

Spezio, M. L., Adolphs, R., Hurley, R. S., & Piven, J. 2007 . Abnormal use of facial information in high-functioning autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37, 929–939.

Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. W. 1996 . *Structured clinical interview of DSM-IV Axis I disorders*. New York: N. Y. State Psychiatric Institute, Biometrics Research Department.

Spitzer, R. L., Gibbon, M., Skodol, A. E., Williams, J. B. W, & First, M. B. Eds. . 1994 . *DSM-IV casebook A learning companion to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* 4th ed. . Washington, DC: American Psychiatric Press.

Spitzer, R. M., Stunkard, A., Yanovski, S., Marcus, M. D., Wadden, T., et al. 1993 . Binge eating disorders should be included in DSM-IV. *International Journal ofEating Disorders*, 13,161-169.

Spoth, R. A., Guyll, M., & Day, S. X. 2002 . Universal family-focused interventions in alcohol-use prevention: Cost-benefit analyses of two interventions. *Journal of Studies on Alcohol*, 63, 219-228.

Spoth, R. A., Redmond, C., Shin, C., & Azevedo, K. 2004 . Brief family intervention effects on adolescent substance initiation: School-level growth curve analyses 6 years following baseline. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 535-542.

Sprich, S., Biederman, J., Crawford, M. H., Mundy, E., & Faraone, S. V. 2000 . Adoptive and biological families of children and adolescents with ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 1432-1437.

Stack, S. 2000 . Media impacts on suicide: A quantitative review of 293 findings. *Social Science Quarterly*, 81, 957-971.

Stacy, A. W, Newcomb, M. D., & Bender, P. M. 1991 . Cognitive motivation and drug use: A 9-year longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 502-515.

Stahl, S. 2006 . *Essential psychopharmacology*: *The prescriber's guide*: *Revised and updated edition Essential psychopharmacology series* . Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Staugaard, S. R. 2010 . Threatening faces and social anxiety: A literature review. *Clinical Psychology Review*, 30 6 , 669-690.

Stead, L.F., Perera, R., Bullen, C., Mant, D., & Lancaster, T. 2008 . Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. No.:CD000146. DOI: 10.1002/14651858. CD000146.pub3.

Steadman, H. J. 1979 . *Beating a rap*: *Defendants found incompetent to stand trial*. Chicago: University of Chicago Press.

Steadman, H. J., Mulvey, E, P, Monahan, J., Robbins, P C., Appelbaum, P. S., Grisso, … Silver, E. 1998 . Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighborhoods. *Archives of General Psychiatry*, 55, 393-401.

Steele, C. M., & Josephs, R. A. 1988 . Drinking your troubles away: 2. An attention-allocation model of alcohol's effects on psychological stress. *Journal of Abnormal Psychology*, 97,196-205.

Steele, A. L., Bergin, J., & Wade, T. D. 2011 . Self-efficacy as a robust predictor of outcome in guided self-help treatment for broadly defined bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 44, 389-396.

Steele, C. M., & Josephs, R. A. 1988 . Drinking your troubles away: 2. An attention-allocation model of alcohol's effects on psychological stress. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 196–205.

Steen, R.G., Mull, C., McClure, R., Hamer, R.M., & Lieberman, J.A. 2006 . Brain volume in first-episode schizophrenia: Systematic review and meta-analysis of magnetic resonance imaging studies. *British Journal of Psychiatry*, 188, 510–518

Steiger, H., Gauvin, L., Jabalpurwala, S., & Seguin, J. R. 1999 . Hypersensitivity to social interactions in bulimic syndromes: Relationship to binge eating. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 765-775.

Stein, D. J., Ipser, J. C., & van Balkom, A. J. 2004 . Pharmacotherapy for social anxiety disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4. Art. No.:

CD001206. DOI: 10.1002/14651858.CD001206.pub2.

Stein, D. J., Ipser, J. C., & van Seedat, S. 2000 . Pharmacotherapy for post traumatic stress disorder PTSD . *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4. Art. No.: CD002795. DOI: 10.1002/14651858.CD002795.pub2.

Stein, D., Phillips, K. A., Bolton, D., Fulford, K. W., Sadler, J. Z., & Kendler, K. S. 2010 . What is a mental/psychiatric disorder? From DSM-V. *Psychological Medicine*, 40, 1795-1765.

Stein, E. A., Pankiewicz, J., Harsch, H. H., Cho, J. K., Fuller, S. A., et al. 1998 . Nicotine-induced limbic cortical activation in the human brain: A functional MR1 study. *American Journal of Psychiatry*, 155, 1009-1015.

Stein, L. I., & Test, M. A. 1980 . Alternative to mental hospital treatment: 1. Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. *Archives of General Psychiatry*, 37, 392-397.

Stein, M. B. 1998 . Neurobiological perspectives on social phobia: From affiliation to zoology. *Biological Psychiatry*, 44, 1277-1285.

Steinhausen, H. C., & Metzke, C. W. 1998 . Youth self-report of behavioral and emotional problems in a Swiss epidemiological study. Journal of Youth and Adolescence, 27,429-441.

Steinhausen, H., & Weber, S. 2009 . The outcome of bulimia nervosa: Finding from one-quarter century of research. *American Journal of Psychology*, 166, 1331-1341.

Steketee, G., & Barlow, D. H. 2004 . Obsessive-compulsive disorder. In D. H. Barlow Ed. . *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*, pp. 516-550 . New York: Guilford.

Steketee, G., & Frost, R. 2003 . Compulsive hoarding: Current status of the research. *Clinical Psychology Review*, 23, 905–927.

Steketee, G., & Frost, R. O. 1998 . Obsessive-compulsive disorder. In A. S. Bellack & M. Hersen Eds. , Comprehensive clinical psychology: Vol. 6. Adults: *Clinical formulation and treatment*. Oxford: Pergamon.

Steketee, G., Frost, R. O., Tolin, D. F., Rasmussen, J., & Brown, T. A. 2010 . Waitlist controlled trail of cognitive behavior therapy for hoarding disorder. *Depression and Anxiety*, 27, 476-484.

Stephens, R. S., Roffman, R. A., & Simpson, E. E. 1993 . Adult marijuana users seeking treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61,1100-1104.

Stern, R. S., & Cobb, J. P. 1978 . Phenomenology of obsessive-compulsive neurosis. *British Journal of Psychiatry*, 132, 233-234.

Stevenson, J., & Jones, I. H. 1972 . Behavior therapy technique for exhibitionism: A preliminary report. *Archives of General Psychiatry*, 27, 839-841.

Stewart, W. E, Ricci, J. A., Chee, E., Hahn, S. R., & Morganstein, D. 2003 . Cost of lost productive work time among US workers with depression. *Journal of the American Medical Association*, 289, 3135-3144.

Slice, E. 2001 . A prospective test of the dual-pathway model of bulimic pathology: Mediating effects of dieting and negative affect. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 124-135.

Stice, E., & Agras, W. S. 1999 . Subtyping bulimics along dietary restraint and negative affect dimensions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 460-469.

Stice, E., Barrera, M., & Chasin, L. 1998 . Prospective differential prediction of adolescent alcohol use and problem use: Examining the mechanisms of effect. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 616-628.

Stice, E., Burton, E. M., & Shaw, H. 2004 . Prospective relations between bulimic pathology, depression, and substance abuse: Unpacking comorbidity in adolescent girls. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 62-71.

Stice, E., Marti, C. N., Spoor, S., Presnell, K., & Shaw, H. 2008 . Dissonance and healthy weight eating disorder prevention programs: Long-term effects from

a randomized efficacy trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 329–240.

Stice, E., Shaw, H., & Marti, C. N. 2007 . A meta-analytic review of eating disorder prevention programs: Encouraging findings. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 207–231.

Stinson, F. S., Ruan, W. J., Pickering, R., & Grant, B. F. 2006 . Cannabis use disorders in the U.S.A.: Prevalence, correlates, and comorbidity. *Psychological Medicine*, 36, 1447–1460.

Stone, A. A., Schwartz, J., Neale, J. M., Shiftman, S., Marco, C. A., et al. 1998 . A comparison of coping assessed by Ecological Momentary Assessment and retrospective recall. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74,1670-1680.

Stone, A. A., & Shiftman, S. 1994 . Ecological momentary assessment EMA in behavioral medicine. *Annals of Behavioral Medicine*, 16, 199-202.

Stone, G. 1982 . Health Psychology, a new Journal for a new field. *Health Psychology*, 1, 1-6.

Stone, J., Lafrance, W. C., Jr., Levenson, J. L., & Sharpe, M. 2010 . Issues for DSM-5 : Conversion disorder. *American Journal of Psychiatry*, 167 6 , 626-627.

Stone, M. H. 1993 . *Abnormalities of personality. Within and beyond the realm of treatment*. New York: Norton.

Stopa, L., & Clark, D. M. 2000 . Social phobia and interpretation of social events. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 273-283.

Stormer, S. M., & Thompson, J. K. 1996 . Explanations of body image disturbance: A test of maturational status, negative verbal commentary, and sociological hypotheses. *International Journal of Eating Disorders*, 19, 193-202.

Story, M., French, S. A., Resnick, M. D., & Blum, R. W. 1995 . Ethnic/racial and socioeconomic differences in dieting behaviors and body image perceptions in adolescents. *International Journal of Eating Disorders*, 18, 173-179.

Stoving, R. K., Hangaard, J., Hansen-Nord, M., & Hagen, C. 1999 . A review of endocrine changes in anorexia nervosa. *Journal of Psychiatric Research*, 33, 139–152.

St. Pourcain, B., Wang, K., Glessner, J. T., Golding, J., Steer, C., Ring, S. M., … & Smith, G. D. 2010 . Association between a high-risk autism locus on 5p14and social communication spectrum phenotypes in the general population. *American Journal of Psychiatry*, 167, 1364-1372.

Strain, E. C., Bigelow, G. E., Liebson, 1. A., & Stitzer, M. L. 1999 . Moderate & low-dose methadone in the treatment of opioid dependence. *Journal of the Medical Association*, 281, 1000-1005.

Strakowski, S. M., Sax, K. W., Setters, M. J., Stanton, S. P., & Keck, P. E. 1997 . Lack of enhanced behavioral response to repeated d-amphetamine challenge

in first-episode psychosis: Implications for sensitization model of psychosis in humans. *Biological Psychiatry*, 42, 749–755.

Strauss, J. S., Carpenter, W. T, & Bartko, J. J. 1974 . The diagnosis and understanding of schizophrenia: Part 3. Speculations on the processes that underlie schizophrenic signs and symptoms. *Schizophrenia Bulletin*, 1, 61-69.

Strauss, M. E., & Ogrocki, P. K. 1996 . Confirmation of an association between family history of affective disorder and the depressive syndrome in Alzheimer's disease. *American Journal of Psychiatry*, 153, 1340-1342.

Streeton, C., & Whelan, G. 2001 . Naltrexone, a relapse prevention maintenance treatment of alcohol dependence: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Alcohol & Alcoholism*, 36, 544-552.

Striegel-Moore, R. H., Cachelin, E M., Dohm, E-A., Pike, K. M., Wilfely, D. E., &Fairburn, C. G. 2001 . Comparison of binge eating disorder and bulimia nervosa in a community sample. *International Journal of Eating Disorders*, 29, 157-165.

Striegel-Moore, R. H., & Franco, D. L. 2003 . Epidemiology of binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 34, S19-S29.

Striegel-Moore, R. H., & Franco, D. L. 2008 . Should binge eating disorder be included in the DSM-V? A critical review of the state of the evidence. *Annual Review of Clinical Psychology*, 4, 305–324.

Striegel-Moore, R. H., Garvin, V, Dohm, E A., & Rosenheck, R. 1999 . Psychiatric comorbidity of eating disorders in men: A national study of hospitalized veterans. *International Journal of Eating Disorders*, 25, 399-404.

Striegel-Moore, R. H., Schreiber, G. B., Lo, A., Crawford, P, Obarzanek, E., & Rodin, J. 2000 . Eating disorder symptoms in a cohort of 11 to 16-year-old black and white girls: The NHLBI growth and health study. *International Journal of Eating Disorders*, 27, 49-66.

Striegel-Moore, R. H., Wilson, G. T, Wilfley, D. E., Elder, K. A., & Brownell, K. D. 1998 . Binge eating in an obese community sample. *International Journal of Eating Disorders*, 23, 27-36.

Stritzke, W G. K., Patrick, C. J., & Lang, P. J. 1995 . Alcohol and emotion: A multidimensional approach incorporating startle probe methodology. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 114-122.

Strober, M., Freeman, R., Lampert, C., Diamond, J., & Kaye, W. 2000 . Controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: Evidence of shared liability and transmission of partial syndromes. *American Journal of Psychiatry*, 157, 393-401.

Strober, M., Freeman, R., Lampert, C, Diamond, J., & Kaye, W. 2001 . Males with anorexia nervosa: A controlled study of eating disorders in first-degree relatives. *International Journal of Eating Disorders*, 29, 264-269.

Strober, M., Freeman, R., & Morrell, W. 1997 . The long-term course of severe anorexia nervosa in adolescents: Survival analysis of recovery, relapse, and outcome predictors over 10-15 years in a prospective study. International Journal of Eating Disorders, 22, 339-360.

Strober, M., Lampert, C., Morrell, W, Burroughs, J., & Jacobs, C. 1990 . A controlled family study of anorexia nervosa: Evidence of family aggregation and lack of shared transmission with affective disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 9, 239-253.

Stroud, C. B., Davila, J., Hammen, C., & Vrsheck-Schallhorn, S. 2011 . Severe and nonsevere events in first onsets and recurrences of depression: Evidence for stress sensitization. *Journal of Abnormal Psychology*, 120, 142-154.

Strub, R. L., & Black, E. W. 1981 . *Organic brain syndromes*: *An introduction to neurobehavioral disorders*. Philadelphia: EA. Davis.

Struckman-Johnson, C. 1988 . Forced sex on dates: It happens to men, too. *Journal of Sex Research*, 24, 234–241.

Strunk, D. R., DeRubeis, R. J., Chiu, A. W., & Alvarez, J. 2007 . Patients' competence in and performance of cognitive therapy skills: Relation to the reduction of relapse risk following treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 523–530.

Styron, W. 1992 . *Darkness visible*: *A memoir of madness*: New York: Vintage.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. 2004 . *Overview of Findings from the 2003 National Survey on Drug Use and Health* Office of Applied Studies, NSDUH Series H-24, DHHS Publication No. SMA 04-3963 . Rockville, MD.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration SAMHSA . 2007 . *Results from the 2006 National Survey on Drug Use and Health: National findings* Office of Applied Studies, NSDUH Series H-32, DHHS Publication No. SMA 07–4293 . Rockville, MD.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. 2010 . *Results from the 2009 National Survey on Drug Use and Health: Vol.1 Summary of National findings* Office of Applied Studies, NSDUH Series H-38A, DHHS Publication No. SMA 10–4859 . Rockville, MD.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Behavioral Health Statistics and Quality 2011 . *Drug Abuse Warning Network, 2008: National Estimates of Drug-Related Emergency Department Visits* HHS Publication No. SMA 11–4618 . Rockville, MD.

Suddath, R. L., Christison, G. W, Torrey, E. E, Cassonova M. E, Weinberger, D. R., et al. 1990 . Anatomical abnormalities in the brains of monozygotic twins discordant for schizophrenia. *New England Journal of Medicine*, 322 789-793.

Sue, D. W., & Sue, D. 2008 . *Counseling the culturally different*: *Theory and practice*. 5th ed. . Oxford, England: Wiley.

Sugarman, E, Dumughn, C., Saad, K., Hinder, S., & Bluglass, S. 1994 . Dangerousness in exhibitionists. *Journal of Forensic Psychiatry*, 5, 287-296.

Sullivan, J. M. 2000 . Cellular and molecular mechanisms underlying learning and memory impairments produced by cannabinoids. *Learning and Memory*, 7, 132-139.

Sullivan, P E 1995 . Mortality in anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1073-1075.

Sullivan, E. E., Neale, M. C, & Kendler, K. S. 2000 . Genetic epidemiology of major depression: Review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 157,1552-1562.

Suls, J., & Bende, J. 2005 . Anger, anxiety, and depression as risk factors for cardiovascular disease, The problems and implications of overlapping affective dispositions. *Psychological Bulletin*, 131, 260-300.

Surles, R. C., Blanch, A. K., Shern, D. L., & Donahue, S. A. 1992 . Case management as a strategy for systems change. *Health Affairs*, 11, 151-163.

Surtees, R. C., Wainwright, N. W., Luben, R. N., Wareham, N. J., Bingham, S. A., & Khaw, K. T. 2008 . Depression and ischemic heart disease mortality: Evidence from the EPIC-Norfolk United Kingdom prospective cohort study. *American Journal of Psychiatry*, 165, 515-523.

Susser, E., Neugebauer, R., Hoek, H. W., Brown, A. S., Lin, S., et al. 1996 . Schizophrenia after prenatal famine: Further evidence. *Archives of General Psychiatry*, 53, 25-31.

Sussman, S. 1996 . Development of a school-based drug abuse prevention curriculum for high-risk youth. *Journal of Psychoactive Drugs*, 28, 169-182.

Sussman, S., Dent, C. W., McAdams, L., Stacy, A. W., Burton, D., & Flay, B. R. 1994 . Group self-identification and adolescent cigarette smoking: A 1-year prospective study. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 576-580.

Sussman, S., Dent, C. W, Simon, T. R., Stacy, A. W., Galaif, E. R., Moss, M. A., … Johnson, C. A. 1995 . Immediate impact of social influence-oriented substance abuse prevention curricula in traditional and continuation high schools. *Drugs and Society*, 8, 65-81.

Sussman, S., Stacy, A. W, Dent, C. W., Simon, T. R., & Johnson, C. A. 1996 . Marijuana use: Current issues and new research directions. *The Journal of Drug Issues*, 26, 695-733.

Sussman, T., Dent, C. W., & Lichtman, K. L. 2001 . Project EX: Outcomes of a teen smoking cessation program. *Addictive Behaviors*, 26, 425–438.

Sutcliffe, J. P., & Jones, J. 1962 . Personal identity, multiple personality, and hypnosis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 10, 231-269.

Sutker, P. B., & Adams, H. E. 2001 . *Comprehensive handbook of psychopathology* 3rd ed. . New York: Kluwer Academic/Plenum.

Sutker, P. B., Uddo, M., Brailey, K., Vasterling, J. J., & Errera, E. 1994 . Psychopathology in war-zone deployed and nondeployed Operation Desert Storm troops assigned grave registration duties. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 383-390.

Suzuki, K., Takei, N., Kawai, M., Minabe, Y., & Mori, N. 2003 . Is Taijin Kyofusho a culture-bound syndrome? *American Journal of Psychiatry*, 160, 1358.

Swain, J., Koszycki, D., Shlik, J., & Bradwein, J. 2003 . In D. Nutt and J. Ballenger Eds. , *Anxiety disorders* pp. 269-295 . Maiden, MA: Blackwell.

Swanson, J. M. Hinshaw, S. P., Arnold, L. E., Gibbons, R., Marcus, S., Hur, K., et al. 2007 . Secondary evaluations of MTA 36-month outcomes: Propensity score and growth mixture model analyses. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46 8 , 1002–1013.

Swanson, J., Kinsbourne, M., Nigg, J., et al. 2007 . Etiologic subtypes of attention-deficit/hyperactivity disorder: Brain imaging, molecular genetic and environmental factors and the dopamine hypothesis. *Neuropsychology Review*, 17, 39–59.

Swanson, J., McBurnett, K., Christian, D. L., & Wigal, T. 1995 . Stimulant medications and the treatment of children with ADHD. In T. H, Ollendick & R. J. Prinz Eds. , *Advances in clinical child psychology* Vol. 17, pp. 265-322 . New York: Plenum.

Swanson, J. W, Holzer, C. E., Ganju, Y K., & Jono, R. T. 1990 . Violence and psychiatric disorder in the community: Evidence from the Epidemiological Catchment Area surveys. *Hospital and Community Psychiatry*, 41,761-770.

Sweet, J. J., Carr, M. A., Rossini, E., & Kasper, C. 1986 . Relationship between the Luria-Nebraska Neuropsychological Battery and the WISC-R: Further examination using Kaufman's factors. *International Journal of Clinical Neuropsychology*, 8, 177-180.

Sweet, R. A., Mulsant, B. H., Gupta, B., Rifai, A. H., Pasternak, R. E., et al. 1995 . Duration of neuroleptic treatment and prevalence of tardive dyskinesia in late life. *Archives of General Psychiatry*, 52, 478-486.

Szasz, T. S. 1999 . *Fatal freedom: The ethics and politics of suicide*. Westport, CT: Praeger.

Szczypka, M. S., Kwok, K., Brot, M. D., Marck, B. T., Matsutnoto, A. M., Donahue, B. A., &Palmiter, R. D. 2001 . Dopamine production in the

caudate putamen restores feeding in dopamine-deficient mice. *Neuron*, 30, 819-828.

Szechtman, H., & Woody, E. 2004 . Obsessive-compulsive disorder as a disturbance of security motivation. *Psychological Review*, 111, 111–127.

TADS team 2007 . The treatment for adolescents with depression study TADS : Long term effectiveness and safety outcomes. *Archives of General Psychiatry*, 64, 1132–1144.

Tallal, P., Merzenich, M., Miller, S., & Jenkins, W. 1998 . Language learning impairment: Integrating research and remediation. *Scandinavian Journal of Psychology*, 39,197-199.

Tallal, P., Miller, S. L, Bedi, G., Byma, G., Wang, X., Nagarajan, S. S., … Merzenich, M. M. 1996 . Language comprehension in language-learning impaired children improved with acoustically modified speech. *Science*, 271, 81-84.

Tallmadge, J., & Barkley, R. A. 1983 . The interactions of hyperactive and normal boys with their mothers and fathers. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 11, 565-579.

Tannock, R. 1998 . Attention deficit hyperactivity disorder: Advances in cognitive, neurobiological, and genetic research. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 39, 65-100.

Tambs, K., Czajkowsky, N., Roysamb, E., Neale, M. C., Reichborn-Kjennerud, T., Aggen, S. H., … Kendler, K. S. 2009 . Structure of genetic and environmental risk factors for dimensional representations of DSM-IV anxiety disorders. *The British Journal of Psychiatry*: *Journal of Mental Science*, 195 4 , 301-307.

Tannock, R. 1998 . Attention deficit hyperactivity disorder: Advances in cognitive, neurobiological, and genetic research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39, 65–100.

Tarrier, N., Taylor, K., & Gooding, P. 2008 . Cognitive-behavioral interventions to reduce suicide behavior. *Behavior Modification*, 32 1 , 77-108.

Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures. 1995 . Training in and dissemination of empirically validated psychological treatments: Report and recommendations. *The Clinical Psychologist*, 48, 3-23.

Taylor, A., & Kim-Cohen, J. 2007 . Meta-analysis of gene–environment interactions in developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 19, 1029–1037.

Taylor, C. B., Hayward, C., King, R., Ehlers, A., Margraf, J., Maddock, R., … Agras, W. S. 1990 . Cardiovascular and symptomatic reduction effects of alprazolam and imipramine in patients with panic disorder: Results of a

double-blind, placebo-controlled trial. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 10, 112-118.

Taylor, C. T., & Alden, L. E. 2011 . To see ourselves as others see us: An experimental integration of the intra- and interpersonal consequences of self-protection in social anxiety disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 120, 129-141.

Taylor, J., Loney, B. R., Bobadilla, L., lacono, W G., & McGue, M. 2003 . Genetic and environmental influences on psychopathy trait dimensions in a community sample of male twins. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 31, 633-645.

Taylor, S., Jang, K. L., & Asmundson, G. J. 2010 . Etiology of obsessions and compulsions: A behavioral genetic analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 119 4 , 672-682.

Teachman, B. A., & Allen, J. P. 2007 . Development of social anxiety: Social interaction predictors of implicit and explicit fear of negative evaluation. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35, 63–78.

Teasdale, J. D. 1988 . Cognitive vulnerability to persistent depression. *Cognition and Emotion*, 2, 247-274.

Teasdale, J. D., Segal, Z. V, Williams, J. M. G., Ridgeway, V A., Soulsby, J. M., & Lau, M. A. 2000 . Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 68, 615-623.

Tedeschi, R. G., Park, C. L., & Calhoun, L. G. 1998 . Posttraumatic growth: Conceptual issues. In R. G. Tedeschi, Park, C. L., & Calhoun, L. G. Eds. , *Posttraumatic growth*: *Positive changes in the aftermath of trauma* pp. 1–22 . Thousand Oaks, CA: Sage.

Telch, M. J. & Harrington, P J. 1992 . *Anxiety sensitivity and unexpectedness of arousal in mediating affective response to 35% carbon dioxide inhalation*.

Telch, M. J., Shermis, M. D., & Lucas, J. A. 1989 . Anxiety sensitivity: Unitary personality trait or domain-specific appraisals? *Journal of Anxiety Disorders*, 3, 25-32.

Temple, E., Poldrack, R. A., Salidas, J., Deutsch, G. K., Tallal, E, Merzenich, M. M., & Gabrielli, J. D. E. 2001 . Disrupted neural responses to phonological and orthographic processing in dyslexic children: An fMRI study. *Neuroreport*, 12, 299-307.

Teper, E., & O it is Brien, J. T. 2008 . Vascular factors and depression. International *Journal of Geriatric Psychiatry*, 23 10 , 993-1000.

Teri, L., Gibbons, L. E., McCurry, S. M., Logsdon, R. G., Buchner, D. M., Barlow, W. E., … Larson, E. B. 2003 . Exercise plus behavioral management in patients with Alzheimer disease: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 290,2015-2022.

Terry, R. D. 2006 . Alzheimer's disease and the aging brain. Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology, 19, 125–128.

Thapar, A., Fowler, T., Rice, E, et al. 2003 . Maternal smoking during pregnancy and attention deficit hyperactivity disorder symptoms in offspring. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1985-1989.

Thapar, A., Langley, K., Owen, M. J., & O'Donovan, M. C. 2007 . Advances in genetic findings on attention deficit hyperactivity disorder. *Psychological Medicine*, 37, 1681–1692.

Thase, M. E., & Rush, A. J. 1997 . When at first you don't succeed: Sequential strategies for antidepressant nonresponders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58 Suppl. 13 , 23-29.

Thase, M. E., Jindal, R., & Howland, R. H. 2002 . Biological aspects of depression. In C. L. Hammen and I. H. Gotlib Eds. , *Handbook of depression*, pp. 192-218 . New York: Guilford.

Theobald, H., Bygren, L. O., Carstensen, J., & Engfeldt, P A. 2000 . Moderate intake of wine is associated with reduced total mortality and reduced mortality from cardiovascular disease. *Journal of Studies on Alcohol*, 61,652-656.

Thibaut, F., De La Barra, F., Gordon, H., Cosyns, P., & Bradford, J. M. 2010 . The world Federation of Societies of Biological Psychiatry WFSBP guidelines for the biological treatment of paraphilias. Practice Guideline . The World *Journal of Biological Psychiatry*: *The Official Journal of the World Federation of Societies of Biological psychiatry*, 11 4 , 604-655.

Thiruvengadam, A. P., & Chandrasekaran, K. 2007 . Evaluating the validity of blood-based membrane potential changes for the identification of bipolar disorder I. *Journal of Affective Disorders*, 100, 75–82.

Thoits, P. A. 1985 . Self-labeling processes in mental illness: The role of emotional deviance. *American Journal of Sociology*, 92, 221-249.

Thomas, G., Reifman, A., Barnes, G. M., Farrell, & M. P 2000 . Delayed onset of drunkenness as a protective factor for adolescent alcohol misuse and sexual risk taking; A longitudinal study. *Deviant Behavior*, 21, 181-200.

Thompson, G. O. B., Raab, G. M., Hepburn, W. S., Hunter, R., Fulton, M., & Laxen, D. E H. 1989 . Blood-lead levels and children's behaviour: Results from the Edinburgh lead study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 30, 515-528.

Thompson, E M., Hayashi, H. M., Simon, S. L. et al. 2004 . Structural Abnormalities in the Brains of Human Subjects Who Use Methamphetamine. *Journal of Neuroscience*, 24, 6028-6036.

Tiefer, L. 2001 . A new view of women's sexual problems: Why new? Why now? *Journal of Sex Research*, 38, 89-96.

Tiefer, L. 2003 . Female sexual dysfunction FSD : Witnessing social construction in action. Sexualities, *Evolution and Gender*, 5, 33-36.

Tiefer, L, Hall, M., and Tavris, C. 2002 . Beyond dysfunction: A new view of women's sexual problems. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 28, 225-232.

Tienari, P., Wynne, L. C., Laksy, K., Moring, J., Niemi-nen, P., & Sorri, A., … Wahlberg, K. E. 2003 . Genetic boundaries of the schizophrenia spectrum: Evidence from the Finnish adoptive family study of schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1587-1594.

Tienari, P., Wynne, L. C., Moring, J., et al. 1994 . The Finnish adoptive family study of schizophrenia: Implications for family research. *British Journal of Psychiatry*, 164, 20–26.

Tienari, P, Wynne, L. C., Moring, J. et al. 2000 . Finnish adoptive family study: Sample selection and adoptee DSM-I11 diagnoses. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101, 433-443.

Tiionen, J., Kuikka, J., Rasanen, P, Lepola, U., Kopenen, H., Liuska, A., ... Karhu, J. 1997 . Cerebral benzodiazepine receptor binding and distribution in generalized anxiety disorder: A fractal analysis. *Molecular Psychiatry*, 2, 463-471.

Timko, C., Moos, R. H., Finney, J. W, & Lesar, M. D. 2001 . Long-term outcomes of alcohol use disorders: Comparing untreated individuals with those in Alcoholics Anonymous and formal treatment. *Journal of Studies on Alcohol*, 61, 529-540.

Tobler, N. S., Roona, M. A., Ochshorn, P, Marshall, D. G., Streke, A. V, & Stackpole, K. M. 2000 . School-based adolescent drug prevention programs: 1998 meta-analysis. *Journal of Primary Prevention*, 20, 275-336.

Toffers, J., Vollm, B., Rucker, G., Timmer, A., Huband, N., & Lieb, K. 201 . Pharmacological interventions for borderline personality disorder. *Cochrane Database of systematic Reviews*, Issue 6, 12-22.

Tolin, D. F., & Foa, E. B. 2006 . Sex differences in trauma and posttraumatic stress disorder: A quantitative review of 25 years of research. *Psychological Bulletin*, 132, 959–992.

Tolin, D. F., Frost, R. O., Steketee, G., Gray, K. D., & Fitch, K. E. 2008 . The economic and social burden of compulsive hoarding. *Psychiatry Research*, 160 2 , 200-211.

Tompkins, M. A., & Hartl, T. L. 2009 . *Digging out*: *Helping your loved one manage culture*, *hoarding*, *and compulsive acquiring*. Oakland, CA, New Harbinger.

Tondo, L., Vazquez, G., & Baldessatini, R. J. 2010 . Mania associated with antidepressant treatment : Comprehensive meta-analytic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 121 6 , 404-414.

Tonigan, J. S., Miller, W R., & Connors, G. J. 2000 . Project MATCH client impressions about Alcoholics Anonymous: Measurement issues and relationship to treatment outcome. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 18, 25-41.

Tonstad, S., Tonnesen, P., Hajek, P., Williams, K. E., Billing, C. B., & Reeves, K. R. 2006 . Varenicline Phase 3 Study Group. Effect of maintenance therapy with varenicline on smoking cessation: a randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 296, 64–71.

Torgersen, S. 1986 . Genetics of somatoform disorder. *Archives of General Psychiatry*, 43, 502-505.

Torgersen, S., Lygren, S., Øien, P. A., Skre, I., Onstad, S., Edvardsen, J., et al. 2000 . A twin study of personality disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 41, 416–425.

Torres, A. R., Prince, M. J., Bebbington, P. E., Bhurga, D., Brugha, T. S., Farrell, M., … Singleton, N. 2006 . Obsessive-compulsive disorder: Prevalence, comorbidity, impact, and help-seeking in the British National Psychiatric Morbidity Survey of 2000. *American Journal of Psychiatry*, 163, 1978-1985.

Torrey, E. F. 1996 . *Out of the shadows*: *Confronting America's mental health crisis*. New York: John Wiley & Sons.

Torti, E. M., Gwyther, L. P., Reed, S. D., Friedman, J. Y., & Schulman, K. A. 2004 . A multinational review of recent trends and reports in dementia caregiver burden. *Alzheimer's Disease and Associated Disorders*, 18, 99-109.

Toseland, R. W, McCallion, P, Smith, T., & Banks, S. 2004 . Supporting caregivers of frail older adults in an HMO setting. *American Journal of Orthopsychiatry*, 74, 349-364.

Totterdell, P., & Kellett, S. 2008 . Restructuring mood in cyclothymia using cognitive behavior therapy: An intensive time-sampling study. *Journal of Clinical Psychology*, 64, 501–518.

Toufexis, A., Blackman, A., & Drummond, T. 1996, April 29 . Why Jennifer got sick. *Time*.

Tran, G. Q., Haaga, D. A. E, & Chambless, D. L. 1997 . Expecting that alcohol will reduce social anxiety moderates the relation between social anxiety and alcohol consumption. *Cognitive Therapy and Research*, 21, 535-553.

Treadway, M. T., & Zald, D. H. 2011 . Reconsidering anhedonia in depression: Lessons from translational neuroscience. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 35 3 , 537-555.

Treat, T. A., & Viken, R. J. 2010 . Cognitive processing of weight and emotional information in disordered eating. *Current Directions in Psychological Science*, 19, 81-85.

Treynor, W., Gonzalez, R., & Nolen-Hoeksema, S. 2003 . Rumination reconsidered: A psychometric analysis. *Cognitive Therapy and Research*, 27, 247-259.

Trierweiler, S. J., Neighbors, H. W, Munday, C., Thompson, E. E., Binion, V J., Gomez, J. P. 2000 . Clinician attributions associated with the diagnosis of schizophrenia in African American and non-African American patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68,171-175.

Trimpey, J., Velten, E., & Dain, R. 19993 . Rational recovery from addictions. In W Dryden & L. K. Hill Eds . *Innovations in rational-emotive therapy* pp. 253-271 . Thousand Oaks, CA: Sage.

Trinder, H., & Salkovaskis, P. M. 1994 . Personally relevant intrusions outside the laboratory: Long-term suppression increases intrusion. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 833-842.

Trivedi, M. H., Rush, A. J., Wisniewski, S. R., Nierenberg, A. A., Warden, D., Ritz, L., et al. 2006 . Evaluation of outcomes with citalopram for depression using measurement- based care in STAR*D: Implications for clinical practice. *American Journal of Psychiatry*, 163, 28–40.

True, W. R., Rice, J., Eisen, S. A., Heath, A. C., Godlberg, J., Lyons, M. J., & Nowak, J. 1993 . A twin study of genetic and environmental contributions to liability for posttraumatic stress symptoms. *Archives of General Psychiatry*, 50, 257-264.

True, W. R., Xiam, H., Scherrer, J. E, Madden, P., Bucholz, K. K., et al. 1999 . Common genetic vulnerability for nicotine and alcohol dependence in men. *Archives of General Psychiatry*, 56, 655-662.

Trull, T. J., Jahng, S., Tomko, R. L., Wood, P. K., & Sher, K. J. 2010 . Revised NESARC personality disorder diagnoses; Gender, prevalence, and comorbidity with substance dependence disorders. *Journal of personality Disorders*, 24 4 , 412-426.

Tsai, D. C., & Pike, P. L. 2000 . Effects of acculturation on the MMPI-2 scores of Asian American students. *Journal of Personality Assessment*, 74,216-230.

Tsai, G., Parssani, L. A., Slusher, B. S., Carter, R., Baer, L., et al. 1995 . Abnormal excitatory neurotransmitter metabolism in schizophrenic brains. *Archives of General Psychiatry*, 52, 829-836.

Tsai, G. E., Ragan, P., Chang, R., Chen, S., Linnoils, M. I.., & Coyle, J. T. 1998 . Increased glutamatergic neurotransmission and oxidative stress after alcohol withdrawal. *American Journal of Psychiatry*, 155, 726-732.

Tsai, J. L. 2007 . Ideal affect: Cultural causes and behavioral consequences. *Perspectives on Psychological Science*,2, 242–259.

Tsai, J. L., et al. 2001 . Culture, ethnicity, and psychopathology. In H. E. Adams & P. B. Sutker Eds . *Comprehensive handbook of psychopathology* 3rd. ed., pp. 105–127 . New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.

Tsai, J. L., Knutson, B. K., & Fung, H. H. 2006 . Cultural variation in affect valuation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 90, 288–307.

Tsai, J. L., Knutson, B., & Rothman, A. 2007 . The pursuit of ideal affect: Variation in mood-producing behavior. *Journal of personality and Social Psychology*, 90, 288-307.

Tsuang, M. T., Lyons, M. J., Meyer, J. M., Doyle, T, Eisen, S. A., et al. 1998 . Co-occurrence of abuse of different drugs in men: The role of drug-specific and shared vulnerabilities. *Archives of General Psychiatry*, 55, 967-972.

Tully, L. A., Arseneault, L., Caspi, A., Moffitt, T. E., & Morgan, J. 2004 . Does maternal warmth moderate the effects of birth weight on twins' attention-deficit/hyperactivity disorder ADHD symptoms and low IQ? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 218-226.

Tune, L. E., Wong, D. E., Pearlson, G. D., Strauss, M, E., Young, T., et al. 1993 . DopamineD2 receptor density estimates in schizophrenia: A positron-emission tomography study with "C-methylspiperone". *Psychiatry Research*, 49,219-237.

Turk, D. C. 2001 . Treatment of chronic pain: Clinical outcomes, cost-effectiveness, and cost benefits. *Drug Benefit Trends*, 13, 36-38.

Turkheimer, E. 1998 . Heritability and biological explanation. *Psychological Review*, 105, 782-791.

Turkheimer, E. 2000 . Three laws of behavior genetics and what they mean. *Current Directions in Psychological Science*, 9, 160-164.

Turkheimer, E., Haley, A., Waldron, M., D'Onofrio, B., & Gottesman, L I. 2003 . Socioeconomic status modifies the heritability of IQ in young children. *Psychological Science*, 6, 623-628.

Turkington, D., Kingdom, D., & Turner, T. 2002 . Effectiveness of a brief cognitive-behavioural intervention in the treatment of schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 180, 523-527.

Turner, C. E, Ku, S. M., Rogers, L. D., Lindberg, J. K, & Fleck, E L. 1998 . Adolescent sexual behavior, drug use, and violence: Increased reporting with computer survey technology. *Science*, 280, 867-873.

Turner, C. M. 2006 . Cognitive-behavioural theory and therapy for obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: Current status and future directions. *Clinical Psychology Review*, 26, 912–948.

Turner, E. H., Matthews, A. M., Linardatos, E., Tell, R. A., & Rosenthal, R. 2008 . Selective publication of antidepressant trials and its influence on apparent efficacy. *New England Journal of Medicine*, 358, 252–260.

Turner, S. M., Beidel, D. C., & Townsley, R. M. 1990 , Social phobia: Relationship to shyness. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 297-305.

Twamley, E. W, Jeste, D. V, & Bellack, A. S. 2003 . A review of cognitive training in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 29, 359-382.

Tyrka, A. R., Waldron, L, Graber, J. A. & Brooks-Gunn, J. 2002 . Prospective predictors of the onset of anorexic and bulimic syndromes. *International Journal of Eating Disorders*, 32, 282-290.

Uchinuma, Y., & Sekine, Y. 2000 . Dissociative identity disorder DID in Japan: A forensic case report and the recent increase in reports of DID. International *Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 4, 155-160.

Uher, R., & McGuffin, P. 2010 . The moderation by the serotonin transporter gene of environmental adversity in the etiology of depression: 2009 update. *Molecular Psychiatry*, 15 1 , 18-22.

Uk ECT Review Group 2003 . Efficacy and safety of electro-convulsive therapy in depressive disorders: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*, 361, 799-808.

Unger, J. B., BoleyCruz.T., Schuster, D., Flora, J. A., & Anderson Johnson, C. 2001 . Measuring exposure to pro-and anti-tobacco marketing among adolescents: Intercorrelations among measures and associations with smoking status. *Journal of Health Communication*, 6, 11-29.

Urada, D., Evans, E., Yang, J., & Conner, B. T., et al. 2009 . *Evaluation of proposition 36: The substance abuse and crime prevention act of 2000 : 2009 report*. Retrieved from http://www.uclaisap.orgLprop36 /html/reports .html

U.S. Bureau of the Census, Population Division. 2010 . Population estimates.

U.S. Bureau of the Census. 1999. *Current population reports, special studies*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.

U.S. Bureau of the Census. 2001. *The 65-years and older population: 2000*. By L. Hertzel and A. Smith. Washington, DC: Census Bureau Report number C2KBR01-10.

U.S. Department of Health and Human Services. 1989. *Reducing the health consequences of smoking: 25 years of progress*. A report of the surgeon general, Executive summary DHHS Publication No. CDC 89-8411 . Washington, DC: U.S. Government Printing Office.

U.S. Department of Health and Human Services. 1999. *Mental Health*: *A report of the Surgeon General-Executive summary*, Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Mental Health Services, National Institutes of Health, National Institute of Mental Health, 1999.

U.S. Department of Health and Human Services. 2001 . *Mental Health*: *Culture, Race, and Ethnicity-A supplement to mental health*: A report of the Surgeon General. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Mental Health Services.

U.S. Department of Health and Human Services. 2002 . *Supplement to Mental Health*: *A Report of the Surgeon General* SMA-01-3613 . Retrieved July 2, 2002, from http://www.mentalhealth.org/Publications/allpubs/SMA-01-3613/sma-01-3613.pdf

U.S. Department of Health and Human Services. 2004 . *The health consequences of smoking*: *A report of the Surgeon General*. [Atlanta, Ga.]: Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; Washington, DC.

U.S. Department of Health and Human Services USDHHS . 2006 . *The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke*: *A report of the Surgeon General*. Atlanta, GA: Department of Health and Human services, Disease Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion.

U.S. Department of Health and Human Services. 2008 . *2008 national healthcare disparities report*. Table 15-3-1.Ib.

U.S. Department of Health and Human Services, Administration for children and Families. 2010 . *Head Start impact study*. Final Report. Washington, DC.

Vacha-Haase, T., Kogan, L. R., Tani, C. R., & Woodall, R. A. 2001 . Reliability generalization: Exploring variation of reliability coefficients of MMPI clinical scale scores. *Educational and Psychological Measurement*, 61, 45-49.

Vaglenova, J., Birru, S., Pandiella, N. M., & Breese, C. R. 2004 . An assessment of the long-term developmental and behavioral teratogenicity of prenatal nicotine exposure. *Behavioural Brain Research*, 150, 159-170.

Valencia, M., Racon, M. L., Juarez, F., & Murow, E. 2007 . A psychosocial skills training approach in Mexican outpatients with schizophrenia. *Psychological Medicine*, 37, 1393–1402.

Valenti, A. M., Narendran, R., & Pristach, C. A. 2003 . Who are patients on conventional antipsychotics? *Schizophrenia Bulletin*, 29, 195-200.

Valenzuela, M. J., & Sachdev, P. 2006 . Brain reserve and dementia: A systematic review. *Psychological Medicine*, 36, 441–454.

Van Ameringen, M. A., Lane, R. M., Walker, J. R., et al. 2001 . Sertreline treatment of generalized social phobia: A 20-week, double-blind, placebo-controlled study. *American Journal of Psychiatry*, 158, 275-281.

Vance, S., Cohen-Kettenis, P., Drescher, J., Meyer-Bahlburg, H., Pfafflin, F., & Zucker, K. 2010 . Opinions about the DSM gender identity disorder diagnosis: Results from an international survey administered to organizations concerned with the welfare of transgender people. *International Journal of Transgenderism*, 12 1 , 1-14.

van den Broucke, S., Vandereycken, W., & Vertommen, H. 1995 . Marital communication in eating disorders: A controlled observational study. *International Journal of Eating Disorders*, 17, 1-23.

van den Kolk, B. A., Spinazzola, J., Blaustein, M. E., Hopper, J. W., Hopper, E. K., Korn, D. L., & Simpson, W. B. 2007 . Randomized, placebo-controlled trail of exposure and ritual prevention, clomipramine, and their combination in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68 1 , 37-46.

van der Sande, R., Buskens, E., Allart, E., van der Graaf, Y., & van Engeland, H. 1997 . Psychosocial intervention following suicide attempt: A systematic review of treatment interventions. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96, 43-50.

van der Veen, F. M., Evers, E. A., Deutz, N. E., & Schmitt, J. A. 2007 . Effects of acute tryptophan depletion on mood and facial emotion perception related brain activation and performance in healthy women with and without a family history of depression. *Neuropsychopharmacology*, 32, 216–224.

van Elst, L. T. 2003 . Frontolimbic brain abnormalities in patients with borderline personality disorder: A volumetric magnetic resonance imaging study. *Biological Psychiatry*, 54, 163–171.

van Elst, L. T., Thiel, T., & Hesslinger, B., Lieb, K., Bohus, M., Hennig, J., & Ebert, D. 2001 . Subtle prefrontal neuropathology in pilot magnetic resonance spectroscopy study in patients with borderline personality disorder. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neuroscience*, 13, 511-514.

van Erp, T. G. M., Saleh, P. A., Huttunen, M., et al. 2004 . Hippocampal volumes in schizophrenic twins. *Archives of General Psychiatry*, 61, 346-353.

Van Hoeken, D., Veling, W., Sinke, S., Mitchell, J. E., Hoek, H. W., & Walsh, B. T. 2009 . The validity and utility of subtyping bulimia nervosa. International *Journal of Eating Disorders*, 42, 595-602.

van Kammen, W B., Loeber, R., & Stouthamer-Loeber, M. 1991 . Substance use and its relationship to conduct problems and delinquency in young boys. *Journal of Youth and Adolescence*, 20, 399-413.

van Oppen, P., de Haan, E., Van Balkom, A. J. L. M., Spinhoven, P., et al. 1995 . Cognitive therapy and exposure in vivo in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 379-390.

van Orden, K. A., Cukrowicz, K. C., Witte, T. K., Braithwaite, S. R., & Joiner, T. E. 2010 . The interpersonal theory of suicide. *Psychological Review*, 117 2 , 575-600.

van Orden, K. A., Witte, T. K., Gordon, K. H., Bender, T. W., & Joiner, T. E. 2008 . Suiduial desire and the capability for suicide: Tests of the interpersonal –psychological theory of suicide behavior among adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76 1 , 72-83.

van Os, J., Kenis, G., & Rutten, B. P., 2010 . The environment and schizophrenia. *Nature*, 468, 203-212.

van Praag, H., Plutchik, R., & Apter, A. Eds. , 1990. *Violence and suicidality*. New York: Brunner/Mazel.

Veale, D. 2000 . Outcome of cosmetic surgery and "DIY" surgery in patients with body dysmorphic disorder. *Psychiatric Bulletin*, 24, 218-221.

Veale, D. 2004 . Advance in a cognitive behavioural model of body dysmorphic disorder. *Body Image*, 1 1 , 113-125.

Vega, W. A., Kolody, B., Aguilar-Gaxiola, S., Adlerete, E., Catalana, R., & Caraveo-Anduaga, J. 1998 . Lifetime prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders among urban and rural Mexican Americans in California. *Archives of General Psychiatry*, 55, 771-778.

Velting, O. N., Setzer, N. J., & Albano, A. M. 2004 .Update on and advances in assessment and cognitive-behavioral treatment of anxiety disorders in children and adolescents. *Professional Psychology: Research and Practice*, 35, 42-54.

Venture, J., Neuchterlein, K. H,, Lukoff, D., & Hardesty J. D. 1989 . A prospective study of stressful life events and schizophrenic relapse. *Journal of Abnormal Psychology*, 98, 407-411.

Vickrey, B. G., Mittman, B. S., Connor, K. I., Pearson, M., L., Della Penna, R. D., Ganiats, T. G., … Lee, M. 2006 . The effect of a disease management intervention on quality and outcomes of demential care: A randomized, controlled trial. *Annuals of Internal Medicine*, 145, 713–726.

Videbech, P., & Ravnkilde, B. 2004 . Hippocampal volume and depression: A meta-analysis of MRI studies. *American Journal of Psychiatry*, 161 11 , 1957-1966.

Vieta, E., Martinez-De-Osaba, M. J., Colom, F., Martinez- Aran, A., Benabarre, A., & Gasto, C. 1999 . Enhanced corticotropin response to corticotropin-releasing hormone as a predictor of mania in euthymic bipolar patients. *Psychological Medicine*, 29, 971–978.

Vinkers, D. J., Gussekloo, J., Stek, M. L., Westendorp, R. G. J., & van der Mast, R. C. 2004 . Temporal relation between depression and cognitive impairment in old age: Prospective population based study. *British Medical Journal*, 329, 881.

Virtanen, M., Vahtera, j., Batty, G. D., Tuisku, K., Pentti, J., Oksanen, T., et al. 2011 . Overcrowding in psychiatric wards and physical assaults on staff ; Data-linked longitudinal study. *British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 198, 149-155.

Virues-Ortega, J. 2010 . Applied behavior analytic intervention for autism in early childhood: Meta-analysis of multiple outcomes. *Clincal Psychology Review*, 30, 387-399

Vitaliano, P. P., Zhang, J., & Scanlan, J. M. 2003 . Is caregiving hazardous to one's physical health? A meta-analysis. Psychological Bulletin, 129, 946–972.

Vitousek, K., & Manke, E. 1994 . Personality variables and disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 137-147.

Vittengl, J. R., Clark, L. A., Dunn, T. W., & Jarrett, R. B. 2007 . Reducing relapse and recurrence in unipolar depression: A comparative meta-analysis of cognitivebehavior therapy's effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 475–488.

Volk, D. W, Austin, M. C, Pierri, J. N., et al. 2000 . Decreased glutamic acid decarboxylase67 messenger INA expression in a subset of prefrontal cortical y-iminobutyric acid neurons in subjects with schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 57, 237-248.

Volkmar, E. R., Szatmari, P, & Sparrow, S. S. 1993 . Sex differences in pervasive developmental disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 23, 579-591.

Volkow, N. D., Chang, L., Wang, G.-J., Fowler, J. S., Leonido-Lee, M., Franceschi, D., … Ding, Y. S. 2001 . Association of dopamine transporter reduction with psychomotor impairment in methamphetamine abusers. *American Journal of Psychiatry*, 158, 377–382.

Volkow, N. D., Wang, G. J., Fischman, M. W, & Foltin, R. V. 1997 . Relationship between subjective effects of coaine and dopamine transporter occupancy. *Nature*, 386, 827-830.

Volkow, N. D., Wang, G. J., Fowler, J. S., Logan, J., Jayne, M., Franceschi, D., … Pappas, N. 2002 . "Nonhedonic" food motivation in humans involves dopamine in the dorsal striatum and methylphenidate amplifies this effect. *Synapse*, 4, 175-180.

Volicelli, J. R., Rhines, K. C., Rhines, J. S., Vdlpicelli, L. A., et al. 1997 . Naltrexone and alcohol dependence: Role of subject compliance. *Archives of General Psychiatry*, 54, 37-743.

Volicelli, J, R., Watson, N. T., King, A. C., Shermen, C. E., & O'Brien, C. E 1995 . Effects of naltrexone on alcohol "high" in alcoholics. *American Journal of Psychiatry*, 152, 13-617.

Von Knorring, A. L., & Hagloff, B. 1993 . Autism in northern Sweden: A population based follow-up study: Psychopathology. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 2, 91-97.

Von Krafft-Ebing, R. 1902 . *Psychopathia sexualis*. Brooklyn, NY: Physicians and Surgeons Books.

Wade, T. D., Bulik, C. M., Neale, M., & Kendler, K. S. 2000 . Anorexia nervosa and major depression: Shared genetic and environmental risk factors. *American Journal of Psychiatry*, 157, 469-471.

Wade, W. A., Treat, T. A., & Stuart, G. A. 1998 . Transporting an empirically supported treatment for panic disorder a service clinic setting: A benchmarking strategy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 231-239.

Wahl, O. F. 1999 . Mental health consumers' experience of sigma. *Schizophrenia Bulletin*, 25, 467-478.

WahIbeck, K., Cheine, M., Essaii, A., & Adams, C. 1999 . Evidence of clozapine's effectiveness in schizophrenia: A stemic review and meta-analysis of randomized trials. *American Journal of Psychiatry*, 156, 990-999.

Wakefield, J. 1992 . Disorder as dysfunction: A conceptual critique of DSM-III-R's definition of mental disorder, *Psychological Review*, 99, 232-247.

Wakefield, J. C. 1999 . Philosophy of science and the progressiveness of DSM's theory-neutral nosology: Response to Follette and Houts, Part 1. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 963-969.

Wakefield, M., & Chaloupka, R. 2000 . Effectiveness of comprehensive tobacco control programmes in reducing teenage smoking in the USA. *Tobacco Control*, 9,177-186.

Waldman, I. D., Rowe, D. C., Abramowitz, A., Kozel, S. T., … Stever, C. 1998 . Association and linkage of the dopamine transporter gene and attention-deficit hyperactivity disorder in children: Heterogeneity owing to diagnostic subtype and severity. *American Journal of Human Genetics*, 63, 1767-1776.

Walitzer, K. S., & Dearing. R. L. 2006 . Gender differences in alcohol and substance use relapse. *Clinical Psychology Review*, 26, 128–148.

Walker, E. F., & Tessner, K. 2008 . Schizophernia. *Perspectives on Psychological Science*, 3, 30-37.

Walker, E. F., Davis, D. M., & Savoie, T. D. 1994 . Neuromotor precursors of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 20, 441–451.

Walker, E. F., Grimes, K. E., Davis, D. M., & Adina, J. 1993 . Childhood precursors of schizophrenia: Facial expressions of emotion. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1654–1660.

Walker, E. F., Mittal, V., & Tessner, K. 2008 . Stress and the hypothalamic pituitary adrenal axis in the developmental course of schizophrenia. *Annual Review of Clinical Psychology*, 4, 189–216.

Walker, E., Kestler, L., Bollini, A., & Hochman, K. 2004 . Schizophrenia: Etiology and course. *Annual Review of Psychology*, 55, 401-430.

Walkup, J. T., Albano, A. M., Piacentini, J., Birmaher, B., Comptom, S. N., Sherrill, J. T., et al. 2008 . Cognitive behavioral therapy, seratalline, or a combination in childhood anxiety. *New England Journal of Medicine*, 359, 2753-2766.

Walker, E. E, Davis, D. M., & Savoie, T. D. 1994 . Neuromotor precursors of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 20,441-451.

Waller, D. A., Riser, S., Hardy, B. W, Fuchs, I., & Feigenbaum, L. P 1986 . Eating behavior and plasma beta-endorphin in bulimia. *American Journal of Clinical Nutrition*, 4, 20-23.

Walsh, B. T, Agras, S. W, Devlin, M. J., et al. 2000 . Fluoxetine for bulimia nervosa following poor response to psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1332-1334.

Walsh, B. T, Seidman, S. N., Sysko, R., SrGould, M. 2002 . Placebo response in studies of major depression: Variable, substantial, and growing. *Journal of the American Medical Association*, 287, 1840-1847.

Walsh, B. T., Wilson, G. T, Loeb, K. L., Devin, M. J., et al. 1997 . Medication and psychotherapy in the treatment of bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 154, 523-531.

Walsh, T., McClellan, J. M., McCarthy, S. E., Addington, A. M., Pierce, S. B. et al. 2008 . Rare structural variants disrupt genes in neurodevelopmental pathways in schizophrenia. *Science*, 320, 539–543.

Walters, G. L., & Clopton, J. R. 2000 . Effect of symptom information and validity scale information on the malingering of depression on the MMPI-2. *Journal of Personality Assessment*, 75, 183–199.

Wang, C. Y., Xiang, Y. T., Cai, Z. J., Bo, Q. J., Zhao, J. P., Liu, T. Q., Wang, G. H., Weng, S. M., et al., 2010 . Risperidone maintenance treatment in schizophrenia: a randomized, controlled trail. *American Journal of Psychiatry*, 167, 676-685.

Wang, K., Zhang, H., Ma, D., Bucan, M., Glassner, J. T., Abreams, B. S., Salyakina, D., et al., 2009 . Common genetic variants on 5p14.1 associate with autism spectrum disorder. *Nature*, 459, 528-533.

Wang, M. Q., Fitzhugh, E. C., Eddy, J. M., Fu, Q., et al. 1997 . Social influences on adolescents' smoking progress: A longitudinal analysis. *American Journal of Health Behavior*, 21, 111-117.

Wang, E S., Dernier, O., & Kessler, R. C. 2002 . Adequacy of treatment for serious mental illness in the United States. *American Journal of Public Health*, 92, 92-98.

Wang, P. S., Simon, G. E., Avorn, J., Azocar, F., Ludman, E. J., McCulloch, J., et al. 2007 . Telephone screening, outreach and care management for depressed workers and impact on clinical and work productivity outcomes: A randomized trial. *Journal of the American Medical Association, 298*, 1401–1411.

Waters, A., Hill, A., & Waller, G. 2001 . Internal and external antecedents of binge eating episodes in a group of women with bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 29, 17-22.

Watkins, E. R. 2008 . Constructive and unconstructive repetitive through. *Psychological Bulletin*, 134 2 , 163-206.

Watkins, P. C. 2002 . Implicit memory bias in depression. *Cognition and Emotion*, 16, 381–402.

Watson, D. 2005 . Rethinking the mood and anxiety of disorders: A qualitative hierarchical model for DSM-V. *Journal of Abnormal Psychology*, 114, 522–536.

Watson, J. B., & Rayner, R. 1920 . Conditioned emotional reactions. *Journal of Experimental Psychology*, 3, 1-14.

Watson, S., Thompson, J. M., Ritchie, J. C., Ferrier, I. N., & Young, A. H. 2006 . Neuropsychological impairment in bipolar disorder: The relationship with glucocorticoid receptor function. *Bipolar Disorders*, 8, 85–90.

Watt, N. E 1974 . Childhood and adolescent roots of schizophrenia. In D. Ricks, A. Thomas, & M. Roll Eds *Life history research in psychopathology* Vol. 3 . Minneapolis: University of Minnesota Press.

Watt, N. E, Stolorow, R. D., Lubensky, A. W, & McClelland D.C. 1970 . School adjustment and behavior of children hospitalized for schizophrenia as adults. *American Journal of Orthopsychiatry*, 40, 637-657.

Watters, E. 2010 . *Crazy like us*: *The globalization of the American psyche*. New York: Simon & Schuster.

Weaver, I. C. G., Cervoni, N., Champagne, E A., D'Allesio, A. C., Shakti, S., Seek, J. R., … Meaney, J. J. 2004 . Epigenetic programming by maternal behavior. *Nature Neuroscience*, 7, 847-854.

Webster, J. J., & Palmer, R. L. 2000 . The childhood and family background of women with clinical eating disorders: A comparison with women with major depression and women without psychiatric disorder. *Psychological Medicine*, 30, 53–60.

Webster, R., & Holroyd, S. 2000 . Prevalence of psychotic symptoms in delirium. *Psychosomatics*, 41, 519–522.

Webster-Stratton, C. 1998 . Preventing conduct problems in Head Start children: Strengthening parenting competencies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 715-730.

Webster-Stratton, C., Reid, M. J., & Hammond, M. 2001 . Preventing conduct problems, promoting social competence: A parent and teacher training partnership in Head Start. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30, 283-302.

Wechsler, D. 1968 . *Escala de Inteligencia Wechsler para Adultos*. New York: Psychological Corporation.

Wegner, D. M., Schneider, D. J., Carter, S. R., & White, T. L. 1987 . Paradoxical effects of thought suppression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 5-13.

Wehr, T. A., Duncan, W. C., Sher, L., Aeschbach, D., Schwartz, P. J., Turner, E. H., et al. 2001 . A circadian signal of change of season in patients with seasonal affective disorder. *Archives of General Psychiatry*, 58,1108–1114.

Wehr, T. A., Turner, E. H., Shimada, J. M., Lowe, C. H., Baker, C., & Leibenluft, E. 1998 . Treatment of a rapidly cycling bipolar patient by using extended bed rest and darkness to stabilize the timing and duration of sleep. *Biological Psychiatry*, 43, 822–828.

Weickert, C. S., Straub, R. E., McClintock, B. W, et al. 2004 . Human dysbindin DTNBP1 gene expression in normal brain and in schizophrenic prefrontal cortex and mid brain. *Archives of General Psychiatry*, 61, 544-555.

Weierich, M. R., & Nock, M. K. 2008 . Posttraumatic stress symptoms mediate the relation between childhood sexual abuse and nonsuicidal self-injury. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 76 1 , 39-44.

Weinberger, D. R. 1987 . Implications of normal brain development for the pathogenesis of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 44, 660-669.

Weinberger, D. R., Berman, K. E, & Illowsky, B. E 1988 . Physiological dysfunction of dorsolateral prefrontal cortex in schizophrenia: 3. A new cohort and evidence for a monoaminergic mechanism. *Archives of General Psychiatry*, 45, 609-615.

Weinberger, D. R., Cannon-Spoor, H. E., Potkin, S. G., & Wyatt, R. J. 1980 . Poor premorbid adjustment and CT scan abnormalities in chronic schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 137, 1410-1413.

Weiner, B., Frieze, L, Kukla, A., Reed, L., Rest, S., & Osenbaum, R. M. 1971 . *Perceiving the causes of success and failure*. New York: General Learning Press.

Weiner, D. B. 1994 . Le gesle de Pinel: The history of psychiatric myth. In M. S. Micale & R. Porter Eds. , *Discovering the history of psychiatry*. New York: Oxford.

Weinsteiti, H. 2002, February 19 . Killer's sentence of death debated. *Los Angeles Times*, pp. Al, AH.

Weimraub, S., Prinz, R., & Neale, J. M. 1978 . Peer evaluations of the competence of children vulnerable to psychopathology. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 6, 461-473.

Weisberg, R. B., Brown, T. A., Wincze, J. P., & Barlow, D. H. 2001 . Causal attributions and male sexual arousal: The impact of attributions for a bogus erectile difficulty on sexual arousal, cognitions, and affect, *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 324-334.

Weisberg, R. W 1994 . Genius and madness? A quasi-experimental test of the hypothesis that manic-depression increases creativity. *Psychological Science*, 5, 361-367.

Weisman, A. G., Nuechterlein, K. H., Goldstein, M. J., & Snyder, K. S. 1998 . Expressed emotion, attributions, and schizophrenia symptom dimensions. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 355-359.

Weisman, C. S., &Teitelbaum, M. A. 1985 . Physician gender and the physician-patient relationship: Recent evidence and relevant questions. *Social Science and Medicine*, 20,1119-1127.

Weiss, G., & Hechtman, L. 1993 . *Hyperactive children grown up* 2nd ed. . New York: Guilford.

Weiss, L. A., Shen, Y., Korn, J. M., et al. 2008 . Association between microdeletion and microduplication at 16p11.2 and autism. *New England Journal of Medicine*, 358, 667–675.

Weissman, A. N., & Beck, A. T. 1978 . *Development and validation of the Dysfunctional Attitude Scale: A preliminary investigation*. Paper presented at the annual meeting of the American Educational Research Association, Toronto.

Weissman, M., & Olfson, M. 1995 . Depression in women: Implications for health care research. *Science*, 269, 799-801.

Weissman, M. M., Bland, R. C., Canino, G. J., Faravelli, C., Greenwald, S., et al. 1996 . Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *Journal of the American Medical Association*, 276, 293-299.

Weisz, J. R., McCarty, C. A., & Valeri, S. M. 2006 . Effects of psychotherapy for depression in children and adolescents: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 132, 132–149.

Weisz, J. R., Sigman, M., Weiss, B., & Mosk, J. 1993 . Parent reports of behavioral and emotional problems among children in Kenya, Thailand and the United States. *Child Development*, 64, 98-109.

Weisz, J. R., Suwanlert, S. C., Wanchai, W, & Bernadette, R. 1987 . Over- and undercontrolled referral problems among children and adolescents from Thailand and the United States: The wat and wai of cultural differences. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 719-726.

Weisz, J. R., Weiss, B., Suwanlert, S., & Wanchai, C. 2003 . Syndromal structure of psychopathology in children of Thailand and the United States. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 375-385.

Wells, A. 1998 . Cognitive therapy of social phobia. In N. Tarrier, A. Wells, & G. Haddock Eds. , *Treating complex cases: The cognitive-behavioural approach* pp.1-26 . Chicester: John Wiley & Sons.

Wells, C. E., & Duncan, G. W 1980 . *Neurology for psychiatrists*. Philadelphia: E A. Davis.

Wells, K. C., Epstein, J. N., Hinshaw, S. P., et al. 2000 . Parenting and family stress treatment outcomes in attention deficit hyperactivity disorder ADHD : An

empirical analysis in the MTA study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28, 543- 553.

Welsh, R., Burcham, B., DeMoss, K., Martin, C., & Milich, R. 1997 . *Attention deficit hyperactivity disorder diagnosis and management: A training program for teachers*. Frankfurt: Kentucky Department of Education.

Wender, P. H., Kety, S. S., Rosenthal, D., Schulsinger, F, Ortmann, J., & Lunde, I. 1986 . Psychiatric disorders in the biological and adoptive families of adopted individuals with affective disorders. *Archives of General Psychiatry*, 43, 923-929

Westen, D. 1998 . The scientific legacy of Sigmund Freud: Toward a psychodynamically informed psychological science. *Psychological Bulletin*, 124, 333-371.

Westen, D., Novotny, C. M ., & Thompson-Brenner, H. 2004 . The empirical status of empirically supported psychotherapies: Assumptions, findings, and reporting in controlled clinical trials. *Psychological Bulletin*, 130, 631-663.

Westen, D., Weinberger, J., & Bradley, R. 2007 . Motivation, decision making, and consciousness: From psychodynamics to subliminal priming and emotional constraint satisfaction. In M. Moscoveitch & P. D. Zelazo Eds. , *The Cambridge handbook of consciousness* pp. 673-702 . Cambridge, England; Cambridge University Press.

Whalen, C. K. 1983 . Hyperactivity, learning problems, and the attention deficit disorders. In T. H. Ollendick & M. Hersen Eds. , *Handbook of child psychopathology*. New York: Plenum,

Whalen, C. K., & Henker, B. 1985 . The social worlds of hyperactive ADDH children. *Clinical Psychology Review*, 5, 447-478.

Whalen, C. K., & Henker, B. 1991 . Therapies for hyperactive children: Comparisons, combinations, and compromises. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 126-137.

Whisman, M. A. 2007 . Marital distress and DSM-IV psychiatric disorders in a population-based national survey. *Journal of Abnormal Psychology*, 116, 638–643.

Whisman, M. A., & Bruce, M. L. 1999 . Marital dissatisfaction and incidence of major depressive episode in a community sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 674–678.

Whisman, M. A., & Uebelacker, L. A. et al. 2006 . Impairment and distress associated with relationship discord in a national sample of married or cohabiting adults. *Journal of Family Psychology*, 20, 369–377.

Whitaker, A. H., van Rossen, R., Feldman, J. F., Schonfeld, I. S., Pinto-Martin, J. A., Torre, C., … Paneth, N. 1997 . Psychiatric outcomes in low birth weight children at age 6 years: Relation to neonatal cranial ultrasound abnormalities. *Archives of General Psychiatry*, 54, 847–856.

Whitaker, R. 2002 . *Mad in America*. Cambridge, MA: Perseus.

White, H., & Levin, E. 2004 . Chronic transdermal nicotine patch treatment effects on cognitive performance in age-associated memory impairment. *Psychopharmacology*, 171,465-471.

White, K. S., & Barlow, D. H. 2004 . Panic disorder and agoraphobia. In D. H. Barlow Ed. , *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* pp. 328-379 . New York: Guilford.

White, S. W., Oswald, D., Ollendick, T., & Scahill, L. 2009 . Anxiety in children and adolescent with autism spectrum disorders. *Clinical Psychology Review*, 29, 216-229.

Whitmore, E. A., Mikulich, S. K., Thompson, L. L., Riggs, P. D., Aarons, G. A., & Crowley, T. J. 1997 , Influences on adolescent substance dependence: Conduct disorder, depression, attention deficit hyperactivity disorder, and gender. Drug and Alcohol Dependence, 47, 87-97.

Whittal, M. L., Agras, S. W, & Gould, R. A. 1999 . Bulimia nervosa: A meta-analysis of psychosocial and pharmacological treatments. *Behavior Therapy*, 30, 117-135.

WHO World Mental Health Survey Consortium 2004 . Prevalence, Severity, and unmet need for treatment of mental disorders the World Health Organization world mental health surveys. *Journal of the American Medical Association*, 291, 2581-2590.

Wiborg, I. M., & Dahl, A. A. 1996 . Does brief dynamic psychotherapy reduce the relapse rate of panic disorder? *Archives of General Psychiatry*, 53, 689–694.

Whittemore, A., Wu-Williams, A., Lee, M., Zheng, S., Gallagher, R. Jiao, D. A.,

Widiger, T. A., Frances, A., & Trull, T. J. 1987 . A psychometric analysis of the social-interpersonal and cognitive-perceptual items for schizotypal personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 44, 741-745.

Widiger, T. A., & Samuel, D. B., 2005 . Diagnostic categories or dimensions? A question for the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders–– Fifth Edition. *Journal of Abnormal Psychology*, 114, 494–504.

Wildes, J. E., Emery, R. E., & Simons, A. D. 2001 . The roles of ethnicity and culture in the development of eating disturbance and body dissatisfaction: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 21, 521-551.

Wilfley, D. E., Welch, R. R, Stein, R. I., Spurrell, E. B., Cohen, L. R., et al. 2002 . A randomized comparison of group cognitive-behavioral therapy and group interpersonal psychotherapy for the treatment of overweight individuals with binge eating disorder. *Archives of General Psychiatry*, 59, 713–721.

Wilhelm, S., Buhlmann, U., Hayward, L. C., Greenberg, J. L., & Dimait, R. 2010 . A cognitive-behavioral treatment approach for body dysmorphic disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 17, 241-247.

Wille, R., & Boulanger, H. 1984 . 10 year's castration law in Schleswig-Holstein. *Beitrage zur genichtlichen Medizin*, 42, 9-16.

Willemsen-Swinkels, S. H. N., Buitelaar, J. K., & van Engeland, H. 1996 . The effects of chronic nahrexone treatment in young autistic children: A double-blind placebo-controlled crossover study. *Biological Psychiatry*, 39, 1023- 1031.

Willemsen-Swinkels, S. H. N., Buitelaar, J. K., Weijnen, F. G., & van Engeland, H. 1995 . Placebo-controlled acute dosage naltrexone study in young autistic children. *Psychiatry Research*, 58, 203-215.

Willford, J. A., Richardson, G. A., Leech, S. L., & Day, N. L. 2004 . Verbal and visuospatial learning and memory function in children with moderate prenatal alcohol exposure. *Alcoholism*: *Clinical and Experimental Research*, 28, 497-507.

Williams, C. J. 1999, May 27 , In Kosovo,, rape seen as awful as death. *Los Angeles Times*, pp. Al, A18.

Williams, J., McGuffin, P., Nothen, M., Owen, M. J., & Group, E. C. 1997 . A meta-analysis of association between the 5-HT2a receptor T102C polymorphism and schizophrenia. *Lancet*, 349, 1221–1226.

Williams, E. A., Allard, A., Spears, L., Dalrymple, N., & Bloom, A. S. 2001 . Brief report: Case reports on naltrexone use in children with autism: Controlled observations regarding benefits and practical issues in medication management. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 31, 103-108.

Williams, R. B., Marchuk, D. A., Gadde, K. M., Barefoot, J. C., Grichnik, K., Helms, M. J., …Stafford-Smith, M., Suarez, E. C., Clary, G. L., Svenson, I. K., &t Siegler, 1. C. 2006 . Central nervous system serotonin function and cardiovascular responses to stress. *Psychosomatic Medicine*, 63, 300-305.

Wills, T. A., & Cleary, S. D. 1999 . Peer and adolescent substance use among 6th-9th graders: Latent growth analysis of influence versus selection mechanisms. *Health Psychology*, 18, 453-463.

Wills, T. A., DuHamel, K., & Vaccaro, D. 1995 . Activity and mood temperament as predictors of adolescent substance use: Test of a self-regulation model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 901-916.

Wills, T. A, Sandy, J. M., & Yaeger, A. M. 2002 . Stress and smoking in adolescence: A test of directional hypotheses. *Health Psychology*, 21, p. 122-130.

Wills, T. A., Sandy, J. M., Shinar, O., & Yaeger, A. 1999 . Contributions of positive and negative affect to adolescent substance use: Test of a bidimensional model in a longitudinal study. *Psychology of Addictive Behaviors*, 13, 327–338.

Wilsnack, R. W, Vogeltanz, N. D., & Wilsnack, S. C., et al. 2000 . Gender differences in alcohol consumption and adverse drinking consequences: Cross-cultural patterns. *Addiction*, 95, 251-265.

Wilson, R. S., Scherr, P. A., Schneider, J. A., Tang, Y., & Bennett, D. A. 2007 . Relation of cognitive activity to risk of developing Alzheimer disease. *Neurology*, 69, 1191–1920.

Wilson, D. 2011, April 13 . As generics near, makers tweak erectile. *New York Times*, p. 81.

Wilson, G. T. 1995 . Psychological treatment of binge eating and bulimia nervosa. *Journal of Mental Health UK* , 4,451-457.

Wilson, G. T., & Fairburn, C. G. 1998 . Treatments for eating disorders. In P. Nathan & J. M. Gorman Eds. , *A guide to treatments that work* pp. 501–530 . London: Oxford University Press.

Wilson, G. T., Loeb, K. L., Walsh, B. T., Labouvie, E., Petkova, E., Liu, X., & Waternaux, C. 1999 . Psychological and pharmacological treatment of bulimia nervosa: Predictors and processes of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 451^59.

Wilson, G. T., & Pike, K. M. 1993 . Eating disorders. In D. H. Barlow Ed. , *Clinical handbook of psychological disorders* pp. 278-317 . New York: Guilford.

Wilson, G. T., & Pike, K. M. 2001 . Eating disorders. In D. H. Barlow Ed. , *Clinical handbook of psychological disorders.* 3rd ed., pp. 332—375 . New York: Guilford.

Wilson, G. T., & Sysko, R. 2009 . Frequency of binge eating episodes in bulimia nervosa and binge eating disorder: Diagnostic consideration. *International Journal of Eating Disorders*, 42, 603-610.

Wilson, G. T., Wilfley, D. E., Agras, S., & Bryson, S. W. 2010 . Psychological treatments of binge eating disorder. *Archives of General Psychiatry*, 67, 94-101.

Wimo, A., Winblad, B., Aguero-Torres, A., & von Strauss, E. 2003 . The magnitude of dementia occurrence in the world. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 17, 63–67.

Winchel, R. M., Stanley, B., &t Stanley, M. 1990 . Biochemical aspects of suicide. In S. J. Blumenthal & D. J. Kupfer Eds. , *Suicide over the life cycle*: *Risk/actors, assessment and treatment of suicidal patterns* pp. 97-126 . Washington, DC: American Psychiatric Press.

Wincze, J. P., & Barlow, D. H. 1997 . Enhancing *sexuality*: *A problem-Solving approach*. Boulder, Co: Graywind.

Wincze, J. P., Steketee, G., & Frost, R. O. 2007 . Categorization in compulsive hoarding. *Behaviour Research and Therapy*, 45 1 , 36-72.

Wingfield, N., Kelly, N., Serdar, K., Shivy, V. A., & Mazzeo, S. E. 2011 . College students' perceptions of individuals with anorexia and bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 44, 369-375.

Winick, B. J. 1997 . *The right to refuse mental health treatment*. Washington, DC: American Psychological Association.

Winkleby, M. A., Cubbin, C., Ahn, D. K., &t Kraemer, H. C 1999 . Pathways by which SES and ethnicity influence cardiovascular risk factors. In N. E. Adler & M. Marmot Eds. , *Socioeconomic status and health in industrialized nations: Social, psychological, and biological pathways. Annals of the New York Academy of Sciences,* Vol. 896 . New York: New York Academy of Sciences.

Winkleby, M. A., Kraemer, H. C., Ahn, D. K., & Varady, A. N. 1998 . Ethnic and Socioeconomic differences in cardiovascular disease risk factors. *JAMA*, 280, 356-362.

Wirshing, D. W, Wirshing, W C., Marder, S. R., Liberman, R. P., & Mintz, J. 1998 . Informed consent: Assessment of comprehension. *American Journal of Psychiatry*, 155, 1508-1511.

Wirz-Justice, A., Quinto, C., Cajochen, C., Werth, E., & Hock, C. 1999 . A rapid-cycling bipolar patient treated with long nights, bedrest and light. Biological Psychiatry, 45, 1075–1077.

Witlox, J., Eurelings, L. S. M., de Jonghe, J. F. M., Kalisvaart, K. J., Eikelenboom, P., & van Gool, W. A. 2010 . Delirium in elderly patients and the risk of post discharge mortality, institutionalization, and dementia. Journal *of the American Medical Association*, 304, 443-451.

Wittchen, H. U., & Jacobi, F. 2005 . Size and burden of mental disorders in Europe––a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology*,15, 357–376.

Witkiewitz, H. U. & Manatt, G. A. 2008 . Relapse prevention for alcohol and drug problems: that was zen, this is tao. *American Psychologist*, 59, 224-235.

Wolf, M., Bally, H., & Morris, R. 1986 . Automaticity, retrieval processes, and reading: A longitudinal study in average and impaired readers. *Child Development*, 57,988-1000.

Wolfe, V. V. 1990 . Sexual abuse of children. In A. S. Bellack, M. Hersen, & A. E. Kazdin Eds. , *International handbook of behavior modification and therapy* 2nd ed., pp. 707-729 . New York: Plenum.

Wolitzky, D. 1995 . Traditional psychoanalytic psychotherapy. In A. S. Gurman & S. B. Messer Eds. , *Essential psychotherapies: Theory and practice*. New York: Guilford.

Wolkowitz, O. M., Epel, E. S., Reus, V. I., & Mellon, S. H. 2010 . Depression gets old fast : Do stress and depression accelerate cell aging? *Depression and Anxiety*, 27 4 , 327-338.

Wolpe, J. 1958 . *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford, CA: Stanford University Press.

Wolraich, M. L, Wilson, D. B., & White, J. W. 1995 . The effect of sugar on behavior or cognition in children: A meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*, 274, 1617-1621.

Women's Health Initiative Screening Committee. 2004 . Effects of conjugated equine estrogen in postmenopausal women with hysterectomy: The women's health initiative randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 291, 1701-1712.

Women's Health Initiative study group. 1998 . Design of the Women's Health Initiative observational study and clinical trial. *Controlled Clinical Trials*, 19, 61-109.

Wonderlich, S. A., Crosby, R. D., Mitchell, J. E., Thompson, K. M., Redlin, J., Demuth, G., … Haseltine, B. 2001 . Eating disturbance and sexual trauma in childhood and adulthood. *International Journal of Eating Disorders*, 30, 401-412.

Wonderlich, S. A., & Swift, W. J. 2009 . Perceptions of parental relationships in the eating disorders: The relevance of depressed mood. *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 353-360.

Wonderlich, S. A., Wilsnack, R. W, Wilsnack, S. C., & Harris, T. R. 1996 . Childhood sexual abuse and bulimic behavior in a nationally representative sample. *American Journal of Public Health*, 86, 1082-1086.

Wong, D. E, Wagner, H. N., Tune, L. E., Dannals, R. E, Pearl-son, G. D., Links, J. M., et al. 1986 . Positron emission tomography reveals elevated D2 dopamine receptors in drug-naive schizophrenics. *Science*, 234, 1558-1562.

Woo, J. S., Brotto, L. A., & Gorzalka, B. B. 2011 . The role of sex guilt in the relationship between culture and women's sexual desire. *Archives of Sexual Behavior*, 40 2 , 385-394.

Woodmansee, M. A. 1996 . The guilty but mentally ill verdict: Political expediency at the expense of moral principle. *Notre Dame Journal of Law, Ethics and Public Policy*, 10, 341–387.

Woodside, D. B., Bulik, C. M., Halmi, K. A., et al. 2002 . Personality, perfectionism, and attitudes towards eating in parents of individuals with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 13, 290–299.

Woodside, D. B., Shekter-Wolfson, L. F., Garfinkel, P. E., & Olmsted, M. P. 1995 . Family interactions in bulimia nervosa: Study design, comparisons to established population norms and changes over the course of an intensive day hospital treatment program. *International Journal of Eating Disorders*, 17, 105–115.

Woody, E. Z., & Szechtman, H. 2011 . Adapton to potential threat: The evaluation, neurobiology, and psychopathology of the security motivation system. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 35 4 , 1019-1033.

World Health Organization. 2001 . *World health report*: *New understanding, new hope*. Geneva: Author.

Wouda, J. C., Hartman, E M., Bakker, R. M., Bakker, J. O., et al. 1998 . Vaginal plethysmography in women with dyspareunia. *Journal of Sex Research*, 35, 141-147.

Wright, M. J. 1991 . Identifying child sexual abuse using the Fersonality Inventory for Children. *Dissertation Abstracts International*, 52, 1744.

Writing Committee for the ENR1CHD Investigators. 2003 . Effects of treating depression and low perceived social support on clinical events after myocardial infarction. *Journal of the American Medical Association*, 289, 3106-3116.

Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators. 2002 . Risks and benefits of estrogen plus estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women. Principle results from the Women's Health Initiative randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 288, 321-333.

Wu, L. T., Pilowsky, D. J., & Schlenger, W. E. 2004 . Inhalant abuse and dependence among adolescents in the United State. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 1206-1214.

Wykes, T., Steel, C., Everitt, T., & Tarrier, N. 2008 . Cognitive behavior therapy for schizophrenia: Effect sizes, clinical models, and methodological rigor. *Schizophrenia Bulletin*, 34, 523–537.

Wylie, K. R. 1997 . Treatment outcome of brief couple therapy in psychogenic male erectile disorder. *Archives of Sexual Behavior*, 26, 527-545.

Xia, J., Merinder, L. B., & Belgamwar, M. R. 2011 . Psycho education for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 37, 21-22.

Yan, L. J., Hammen, C., Cohen, A. N., Daley, R. M., & Henry, R. M. 2004 . Expressed emotion versus relationshipquality variable in the prediction of recurrence in bipolar patients. *Journal of Affective Disorders*, 83, 199–206.

Yanovski, S. Z. 2003 . Binge eating disorder and obesity in 2003: Could treating an eating disorder have a positive effect on the obesity epidemic? *International Journal of Eating Disorders*, 34 Suppl , S117-S120.

Yen, S., Shea, T., Pagano, M., Sanislow, C. A., Grilo, C. M., McGIashan, T. H., et al. 2003 . Axis I and axis II disorders as predictors of prospective suicide attempts: Findings from the collaborative longitudinal personality disorders study, *Journal of Abnormal Psychology*, 112,375-381.

Yerkes, R. M., & Dodson, J. D. 1908 . The relation of strength of stimulus to rapidity of habit formation. *Journal of Comparative and Neurological Psychology*, 18, 459-482.

Yildiz, A., Guleryuz, S., Ankerst, D. P., Öngür, D., & Renshaw, P. F. 2008 . Protein kinase C inhibition in the treatment of mania: A double-blind, placebo-controlled trial of tamoxifen. *Archives of General Psychiatry*, 65, 255–263.

Yoast, R., Williams, M. A., Deitchman, S. D., & Champion, H. C. 2001 . Report of the Council on Scientific Affairs: Methadone maintenance and needle-exchange programs to reduce the medical and public health consequences of drug abuse. *Journal of Addictive Diseases*, 20, 15-40.

Yonkers, K. A., Dyck, I. R., Warshaw, M., & Keller, M. B. 2000 . Factors predicting the clinical course of generalised anxiety disorder. *British Journal of Psychiatry*, 176, 544-549.

Young, A. S., Klap, R., Sherbourne, C. D., & Wells, K. B. 2001 . The quality of care for depressive and anxiety disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 58, 55-61.

Younglove, J. A., & Vitello, C. J. 2003 . Community notification provisions of "Megan's Law" from a therapeutic jurisprudence perspective: A case study. *American Journal of Forensic Psychology*, 21, 25-38.

Yung, A. R., McGorry, P. D., McFarlane, C. A., & Patton, G. 1995 . The PACE Clinic: Development of a clinical service for young people at high risk of psychosis. *Australia Psychiatry*, 3, 345-349.

Yung, A. R., Phillips, L. J., Hok, P Y., & McGorry, P D. 2004 . Risk factors for psychosis in an ultra high-risk group: psychopathology and clinical features. *Schizophrenia Research*, 67,131-142.

Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., Reich, D. B., & Silk, K. R. 2004 . Axis I comorbidity in patients with borderline personality disorder: 6-year follow-up and prediction of time to remission. American Journal of Psychiatry, 161, 2108–2114.

Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., Reich, D. B., & Silk, K. R. 2006 . Prediction of the 10-year course of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 163, 827–832.

Zanarini, M. C., Skodol, A. E., Bender, D., Dolan, R., Sanislow, C., Schaefer, E., Morey, L. C., Grilo, C. M., Shea, M. T, McGIashan, T. H., & Gunderson, J. G. 2000 . The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study: Reliability of axis I and II diagnoses. *Journal of Personality Disorders*, 14, 291-299.

Zane, M. D. 1984 . Psychoanalysis and contextual analysis of phobias. *Journal of the American Academy of Psychoanalysts*, 12, 553-568.

Zarit, S. H. 1980 . Aging and mental disorders: Psychological approaches to assessment and treatment. New York: Eree Press.

Zarit, S. H., & Zarit, J. M. 1998 . *Mental disorders in older adults: Fundamentals of assessment and treatment*. New York: Guilford.

Zatzick, D. E, Marmer, C. R., Weiss, D. S., Browner, W. S., Metzler, T. J., et al. 1997 . Postlraumatic stress disorder and functioning and quality of life in a nationally representative sample of male Vietnam veterans. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1690-1695.

Zellner, D. A., Harner, D. E., & Adler, R. L. 1989 . Effects of eating abnormalities and gender on perceptions of desirable body shape. *Journal of Abnormal Psychology*, 98, 93-96.

Zheng, H., Sussman, S., Chen, X., Wang, Y. Xia, J., Gong, J., Liu, C., Shan, J., Unger, J., & Johnson, C. A. 2004 . Project EX—A teen smoking cessation initial study in Wuhan, China. *Addictive Behaviors*, 29, 1725-1733.

Zilboorg, G., & Henry, G. W. 1941 . *A history of medical psychology*. New York: Norton.

Zimmer, D. 1987 . Does marital therapy enhance the effectiveness of treatment for sexual dysfunction? *Journal of Sex and Marital Therapy*, 13, 193-209.

Zimmer, L., & Morgan, J, P 1995 . *Exposing marijuana myths: A review of the scientific evidence*. New York: The Lindemith Center.

Zimmerman, M., & Mattia, J. I. 1999 . Differences
between clinical and research practices in diagnosing borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1570–1574.

Zimmerman, M., Rothschild, L., & Chelminski, I. 2005 . The prevalence of DSM-IV personality disorders in psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1911–1918.

Zinbarg, R. E., Brown, T. A., Barlow, D. H., & Rapee, R. M. 1994 . Anxiety sensitivity, panic, and depressed mood: A reanalysis teasing apart the contributions of the two levels in the hierarchical structure of the Anxiety Sensitivity Index. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 372-377.

Zlotnick, C., Johnson, S. L., Miller, I. W, Pearlstein, T, & Howard, M. 2001 . Postpartum depression in women receiving public assistance: Pilot study of an interpersonal-therapy-oriented group intervention. *American Journal of Psychiatry*, 158, 638-640.

Zohar, A. H., & Felz, L. 2001 . Ritualistic behavior in young children. Journal of Abnormal Child Psychology, 29 2 , 121-128.

Zubin, J., & Spring, B. 1977 . Vulnerability: A new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86, 103-126.

هذا الكتـــاب

يعد كتاب "علم النفس المرضي" أحد الكتب القليلة التي اعتمدت على الإصدار الخامس للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية **DSM-5** ويواصل الباحثون من خلاله التأكيد على الأعراض التشخيصية للاضطرابات النفسية في ضوء عرض الأبحاث الحديثة، والحالات السريرية، والأرقام والجداول الإضافية، وذلك ليكون عرضا لمنهج متكامل يوضح من خلاله وجهات النظر المتعددة والمتفاوتة في عرض أسباب الاضطرابات النفسية فضلا عن أفضل العلاجات الممكنة.

وينقسم الكتاب إلى جزأين رئيسين هما: الجزء الأول: المقدمة والموضوعات الأساسية ويحتوي على أربعة فصول، وهي: مقدمة ونظرة تاريخية، النماذج الراهنة في علم النفس المرضي، التشخيص والتقييم، مناهج البحث في علم النفس المرضي. أما الجزء الثاني: الاضطرابات النفسية، فيشتمل على اثنا عشر اضطرابا كالتالي: اضطرابات المزاج، اضطرابات القلق، الوسواس القهري والصدمة والاضطرابات المرتبطة بهما، الاضطرابات الانفصالية والاضطرابات جسدية الشكل، الفصام، اضطرابات تعاطي المواد، اضطرابات الأكل، الاضطرابات الجنسية، اضطرابات الطفولة، مرحلة الشيخوخة والاضطرابات العصبية المعرفية، اضطرابات الشخصية، وأخيرا القضايا القانونية والأخلاقية.

ويعد هذا الكتاب، الذي صدر عن مكتبة الأنجلو المصرية، مصدر لا غنى عنه لكل من يعملون في مجال الخدمة النفسية، وأصبح الحاجة إليه جوهري وملح نظرا لاعتماده الكلي على **DSM-5**





